

2019 年分级诊疗制度建设 第三方评估

填 报 手 册

国家卫生健康委卫生发展研究中心

2019 年 8 月

目 录

第一部分 实施方案	1
一、国家卫生健康委医政医管局关于开展分级诊疗第三方评估的通知	1
二、填报工作具体要求	9
第二部分 评价考核指标框架	12
一、考核指标框架	13
二、部分评估考核指标说明	37
第三部分 国家卫生健康委分级诊疗制度建设信息平台操作手册	49
一、填报准备	50
二、操作流程	51
三、常见问题汇总	59
第四部分 相关文件	63
国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见	64
国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见	77
关于印发分级诊疗试点工作考核评价实施方案的通知	89
关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）的通知	107
关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知	121
关于开展城市医疗联合体建设试点工作的通知	130

第一部分 实施方案

国家卫生健康委医政医管局关于开展 分级诊疗第三方评估的通知

国卫医资源便函〔2019〕373号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委医政医管处（局）：

按照《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）有关要求，加快推进分级诊疗制度建设与医联体建设，我委决定委托国家卫生健康委卫生发展研究中心（以下简称“卫生发展中心”）开展分级诊疗第三方评估工作。现将有关事项通知如下：

一、评估目的

全面掌握各地推进分级诊疗制度建设工作进展情况，评估工作成效，总结可借鉴、可复制的工作经验，及时发现存在的问题并加以改进，推动分级诊疗制度建设与医联体建设工作取得实效。

二、评估范围

对各省及地市分级诊疗工作开展情况进行评估。

三、评估程序

（一）医院自评。2019年7月26日-2019年8月9日。医院对照《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）有关要求，对本单位分级诊疗和医联体建设情况进行自评估，对照工作任务和目标，收集整理有关数据信息，分析目前存在的主要问题及其原因、提出下一步工作建议，形成自评估报告。

（二）市级考核。2019年8月10日-2019年8月31日。各地市卫生健康行政部门对照《关于印发分级诊疗试点工作考核评价实施方案的通知》（国卫体改发〔2017〕54号）和《关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）的通知》（国卫医发〔2018〕26号）有关要求，对本辖区分级诊疗工作进行考核，并汇总相关数据信息。

（三）省、市级在线报送数据。2019年8月10日-2019年8月31日。各试点城市卫生健康行政部门负责汇总报送本地区分级诊疗试点相关数据信息，并按要求组织医院填报数据信息。100个城市医联体建设试点所覆盖的医联体牵头单位都需要填报；非试点城市则组织至少2家医院（城市医联体牵头医院1家、县级医联体牵头医院1家）填报。

各省级卫生健康行政部门负责汇总报送本省分级诊疗

试点相关数据信息，对相关试点城市上报的数据信息进行复核，确保数据信息真实、有效。形成本省的分级诊疗和医联体建设情况自评估报告（模版见附件），于 2019 年 8 月 10 日前报送委我局。

我局委托卫生发展中心建立了国家卫生健康委分级诊疗制度建设信息平台（网址为 <http://47.94.41.230/c-report/#/login>），各有关单位应当在规定的时间内登录平台填报数据（填报手册及密码另行下发）。

（四）数据抽检与现场抽查。卫生发展中心组织对各省上报的数据信息进行抽检，对异常数据提出整改要求；对部分试点城市进行抽查，现场收集并复核有关数据信息；召开座谈会，听取各方意见；现场访谈，填报调查问卷；实地考察部分医疗机构。

（五）结果发布。各省级卫生健康行政部门可登录我委分级诊疗制度建设数据查询平台查询评估结果（网址为 <http://47.94.41.230:8099/grading-clinic-c/#/>）。用户名与密码已另文下发。

四、工作要求

（一）各省级和试点地市卫生健康行政部门要高度重视分级诊疗试点评估工作，积极配合第三方评估专家组开展工作，认真总结工作成效，汇总填报数据信息，确保上报数据信息真实、可靠。

(二)由卫生发展中心负责组织分级诊疗第三方评估工作,制定具体评估方案,组建评估专家组。具体行程安排另行通知。

(三)此次报送数据统计周期为2019年1月1日至2019年6月30日。

国家卫生健康委医政医管局联系人:耿铖、胡瑞荣

电 话:010-68791885

传 真:010-68792195

E-mail: yzygjzyc@nhfpc.gov.cn

卫生发展中心联系人:高晶磊、赵锐

电 话:010-88385852

传 真:010-88385597

E-mail: fjzl2019@sina.com

附件: 1.分级诊疗工作情况自评估报告框架
2.医联体建设情况自评估报告框架

国家卫生健康委医政医管局

2019年7月26日

分级诊疗工作情况自评估报告框架

一、基本情况

主要包括全省分级诊疗制度建设的进展情况和取得的成效，省内各类医联体组织管理模式、主要做法，以及各级医疗机构落实配套措施情况等。尽量以客观数据、典型事例加以说明。

二、自评情况

省级卫生健康行政部门逐条对照《分级诊疗试点工作考核评价实施方案》展开自评。

（一）分级诊疗服务体系相关情况

- 1.医疗卫生资源配置情况。
- 2.县级和基层医疗卫生机构能力建设情况。
- 3.区域医疗资源共享情况。

（二）分级诊疗运行机制相关情况

- 1.分级诊疗纳入绩效考核情况。
- 2.政府财政投入落实情况。
- 3.医疗服务价格调整和分级诊疗相衔接的情况。
- 4.医保相关政策制定及执行情况。
- 5.医联体建设而情况。
- 6.家庭医生签约服务配套机制建设情况。

（三）分级诊疗实施效果相关情况

- 1.基层就诊情况。
- 2.慢性病等重点人群管理情况。
- 3.合理转诊情况。

阐述各项指标的基本情况、取得成效和存在的问题。

三、工作计划、困难与建议

至少包括分级诊疗建设的下一步工作目标、重点工作任务，存在的问题与应对措施，推进分级诊疗建设相关建议与要求等。

医联体建设情况自评估报告框架

一、基本情况

主要包括牵头医院医联体建设基本情况、医联体组织管理模式、主要做法，以及医院落实配套措施情况等。尽量以客观数据、典型事例（如帮扶基层医疗机构开展新技术、新项目等）加以说明。

二、自评情况

牵头医院逐条对照《医疗联合体综合绩效考核工作方案的指标体系》展开自评。

（一）医联体整体绩效考核

- 1.建立完善医联体运行机制情况。
- 2.医联体内分工协作情况。
- 3.区域资源共享情况。
- 4.基层服务能力提升情况。
- 5.可持续发展情况。

（二）医联体牵头单位绩效考核

- 1.落实医疗机构功能定位情况。
- 2.发挥技术辐射作用情况。
- 3.医疗资源上下贯通情况。

阐述各项指标的完成情况、取得成效和存在的问题。

三、工作计划、困难与建议

至少包括医院建设医联体的下一步工作目标、重点工作任务，存在的问题与应对措施，推进医联体建设相关建议与要求等。

填报工作具体要求

一、填报内容

本次考核评价指标共分为《分级诊疗制度第三方评估省级层面评价考核表》（表 1）、《分级诊疗制度第三方评估市级层面评价考核表》（表 2）、《城市医联体效果评价考核表》（表 3）、《县域医疗联合体效果评价考核表》（表 4）。（见第二部分 考核指标框架）

各省级卫生健康行政部门需填写《分级诊疗制度第三方评估省级层面评价考核表》（表 1）。

各省所辖试点城市卫生行政部门需填写《分级诊疗制度第三方评估市级层面评价考核表》（表 2）。

100 个城市医疗联合体建设试点城市所覆盖的城市医联体牵头单位均需填报《城市医联体效果评价考核表》（表 3），再选择至少一家县域医疗联合体牵头单位填报《县域医疗联合体效果评价考核表》（表 4）；非试点城市则组织至少一家城市医联体牵头医院和一家县域医疗联合体牵头单位分别填写《城市医联体效果评价考核表》（表 3），《县域医疗联合体效果评价考核表》（表 4）。

二、时间安排

本次评估工作起止时间为 2019 年 8 月 10 日至 2019 年 8 月 31 日，请各省、市、医院（一般为医联体牵头医院）在此时间段内开展自评估。并请登陆信息平台网址：

(<http://47.94.41.230/c-report/#/login>) 进行信息填报，上报时间为 2019 年 8 月 10 日早 8 点至 2019 年 8 月 31 日晚 6 点。并请省、市、医院将自评估报告通过信息平台上传。

三、答疑团队

为保证填报质量，方便交流答疑，特设置 4 个信息填报微信群，集中回答填报问题。各省、地市分别指定 1 名负责评估的同志扫码入群。各地市负责对医院、医联体填报工作进行答疑。

群 1 和群 2 延用 2018 年分级诊疗评估工作微信群，现已不支持扫码进群，可由群内人员邀请进群。

群 3 和群 4 是今年新开设的工作微信群，之前未进群的填报人员，可扫码进群。注意请不要重复加群。



2019分级诊疗系统信息填报群1



群聊人数超过100人
只可通过邀请进入群聊



2019分级诊疗系统信息填报群2



群聊人数超过100人
只可通过邀请进入群聊



2019分级诊疗系统信息填报群3



该二维码7天内(8月7日前)有效，重新进入将更新



2019分级诊疗系统信息填报群4



该二维码7天内(8月7日前)有效，重新进入将更新

第二部分

评价考核指标框架

一、考核指标框架

表 1 分级诊疗制度第三方评估省级层面评价考核表
(省级卫生健康行政部门填报)

省（区、市），新疆生产建设兵团

基本信息	户籍总人数
	其中：城市户籍居民总数
	区域内贫困人口数
	县（市、区）总数
	二级公立医院总数
	三级公立医院总数
	公立医院数
	基层医疗卫生机构总数（个）
	其中：社区卫生服务中心总数
	社区卫生服务站总数
	乡镇卫生院总数
	村卫生室总数
	二级医院平均住院日
	三级医院平均住院日
	门诊患者次均费用（元）
	住院患者次均费用（元）
	人均预期寿命（岁）

一、分级诊疗服务体系	(一) 医疗卫生资源配置情况	1.康复、老年、长期护理、临终关怀等接续型医疗机构建设情况	社会办康复型医疗机构床位数
			社会办康复型医疗机构总数
			社会办老年型医疗机构床位数
			社会办老年型医疗机构总数
			社会办长期护理型医疗机构床位数
			社会办长期护理型医疗机构总数
			社会办临终关怀型医疗机构床位数
			社会办临终关怀型医疗机构总数
		2.基层医疗卫生机构建设	达到建设标准的基层医疗卫生机构总数
		3.医疗卫生机构人员建设	每千人口基层医疗卫生机构在岗人员数(人)
			区域内开展多点机构执业医师数(人)
			二级以上医院医师到下级医疗机构执业的人数(人)
		4.县级医疗卫生机构等级达标率	30 万以上人口的县拥有至少一所二级甲等综合医院的县数
			30 万以上人口的县拥有至少一所二级甲等中医医院的县数
			30 万人口以上且拥有至少一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院的县数
			30 万人口以上的县数
	(二) 县级和基层医疗卫生机构能力建设情况	5.每万名城市居民拥有的全科医生数	区域内全科医生总数
		6.每个政府办乡镇卫生院拥有的全科医生数	政府办乡镇卫生院拥有全科医生总数
			至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院总数
		7.提供中医药服务的基层医疗卫生机构占比	提供中医药服务的社区卫生服务中心数
			提供中医药服务的乡镇卫生院数

			提供中医药服务的社区卫生服务站数
			提供中医药服务的村卫生室数
		8.基层医疗卫生机构中医诊疗量占比	基层医疗卫生机构中医诊疗人次数
			同期基层医疗卫生机构总诊疗人次数
	(三)区域医疗资源共享情况	9.远程医疗服务覆盖试点地区范围	建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县(市、区)数
			开展远程医疗服务的城市二级公立医院数(个)
			开展远程医疗服务的城市三级公立医院数(个)
			开展远程医疗服务的县级公立医院数(个)
			与基层医疗卫生机构建立远程医疗服务公立医院数
			开展远程医疗服务人次数(次)
		10.分级诊疗信息管理系统覆盖范围	建立分级诊疗信息系统的二、三级公立医院数
			建立分级诊疗信息系统的三级公立医院数
			建立分级诊疗信息系统的二级公立医院数
			建立分级诊疗信息系统的乡镇卫生院数
			建立分级诊疗信息系统的社区卫生服务中心数
			参与同级检查结果互认的公立医院数
			制定并实施县域医疗卫生服务体系规划的县(市、区)数
			开展日间手术的三级公立医院数
		11.二级以上医院或独立设置的相关机构向基层开放医学检验等资源	医学影像诊断中心总数(个)
			医学检验实验室总数(个)
			病理诊断中心总数(个)
			血液透析中心总数(个)
			安宁疗护中心总数(个)
			消毒供应中心总数(个)
			康复医疗中心总数(个)

			护理中心总数（个）
			中小型眼科总数（个）
			健康体检中心总数（个）
二、分级诊疗运行机制	（四）医疗机构分工协作机制建设	12.医联体工作情况	构建的医联体总数（个）
			中医医联体总数（个）
			医联体覆盖医疗机构总数（个）
			其中：覆盖三级医疗机构数（个）
			覆盖二级医疗机构数（个）
			覆盖一级医疗机构数（个）
			城市医联体总数（个）
			医疗共同体总数（个）
			专科联盟总数（个）
			远程医疗协作网总数（个）
			中医优势病种总数（个）
三、分级诊疗实施效果	（五）基层就诊情况	13.城乡基层医疗卫生机构诊疗量占比	城乡基层医疗卫生机构诊疗人次数
			同期城乡总诊疗人次数
		14.居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例	居民 2 周患病首选基层医疗机构就诊次数
			居民 2 周患病去医疗机构就诊次数
		15.县域内就诊率	县域（统筹区域）内住院患者转出人次数
			同期县域（统筹区域）内患者住院总人次数
		16.重点疾病患者的规范化诊疗和管理率	规范化诊疗和管理的高血压患者数
			纳入高血压慢病管理的总人数
			规范化诊疗和管理的糖尿病患者数
			纳入糖尿病慢病管理的总人数
		17.分级诊疗转诊患者年	公立医院（二级、三级公立医院）住院病人数

		增长率	公立医院（二级、三级公立医院）转往基层医疗卫生机构、接续性医疗机构住院病人数（例）
			由二、三级医院向基层医疗卫生机构转诊的人数（例）
			由二、三级医院向接续性医疗机构转诊的人数（例）
			由基层医疗卫生机构、接续性医疗机构向二、三级医院转诊的人数（例）
			由基层医疗卫生机构向二、三级医院转诊的人数（例）
			由接续性医疗机构向二、三级医院转诊的人数（例）
		18.建立对口帮扶机制	与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院数目
			与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心数目
			与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的乡镇卫生院数目
		19.家庭医生签约服务及重点人群覆盖率	已开展签约服务试点的地市数（个）
			开展签约服务的家庭医生数（个）
			家庭医生签约服务人数
			重点人群签约服务人数
			同期重点人群人口总数
			建档立卡的贫困人口数
			获得家庭医生签约服务的建档立卡贫困人口数
			家庭医生签约的贫困人口数占区域内贫困人口的____%
		20.家庭医生签约服务费的设立和构成情况	否设立签约服务费？
			签约服务费是____元/人/年
			签约服务费实际筹资中涵盖医保基金、财政投入和签约居民个人付费情况
			其中：医保基金，分担____元/人/年
			财政投入，分担____元/人/年
			个人付费，分担____元/人/年

		21.人事薪酬	在核定任务、核定收支的基础上全面落实政府办基层医疗卫生机构经常性收支差额补助的县（市、区）数
			按时足额发放基层医疗卫生机构绩效工资和县（市、区）数
			政府落实乡村医生多渠道补偿政策的平均补助金额（元/人/年）
		22.综合监管制度	将分级诊疗纳入对政府绩效考核的地市数（个）

表 2 分级诊疗制度第三方评估市级层面评价考核表
(市级卫生健康行政部门填报)

省（区、市），新疆生产建设兵团

基本信息	户籍总人数
	其中：城市户籍居民总数
	区域内贫困人口数
	县（市、区）总数
	其中：其中 30 万人口以上的县数
	二级公立医院总数
	三级公立医院总数
	公立医院数
	基层医疗卫生机构总数（个）
	其中：社区卫生服务中心总数
	社区卫生服务站总数
	乡镇卫生院总数
	村卫生室总数
	门诊次均费用（元）
	三级医院平均住院日
	基层床位使用率
	二级医院门诊次均费用
	二级医院住院次均费用

	三级医院门诊次均费用
	三级医院住院次均费用
	三级医院平均住院日
	婴幼儿死亡率（‰）
	孕产妇死亡率（1/10 万）

一、分级诊疗服务体系	(一) 医疗卫生资源配置情况	1.康复、老年、长期护理、临终关怀等接续型医疗机构建设情况	社会办康复型医疗机构床位数
			社会办康复型医疗机构总数
			社会办老年型医疗机构床位数
			社会办老年型医疗机构总数
			社会办长期护理型医疗机构床位数
			社会办长期护理型医疗机构总数
			社会办临终关怀型医疗机构床位数
			社会办临终关怀型医疗机构总数
		2.基层医疗卫生机构建设	达到建设标准的基层医疗卫生机构总数
		3.县级医疗卫生机构建设	30 万以上人口的县拥有至少一所二级甲等综合医院的县数
			30 万以上人口的县拥有至少一所二级甲等中医医院的县数
			30 万人口以上且拥有至少一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院的县数
			30 万人口以上的县数
	(二) 县级和基层医疗卫生机构能力建设情况	4.每万名城市居民拥有的全科医生数	区域内全科医生总数
		5.每个政府办乡镇卫生	政府办乡镇卫生院拥有全科医生总数

		院拥有的全科医生数	至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院总数
			政府办乡镇卫生院拥有经助理全科医生培训（3+2）或经全科专业住院医师规范化培训（5+3）合格的全科医生数目
		6.提供中医药服务的基层医疗卫生机构占比	提供中医药服务的社区卫生服务中心数
			提供中医药服务的乡镇卫生院数
			提供中医药服务的社区卫生服务站数
			提供中医药服务的村卫生室数
		7.基层医疗卫生机构中医诊疗量占比	基层医疗卫生机构中医诊疗人次数
			同期基层医疗卫生机构总诊疗人次数
		8.医疗卫生机构人员建设	每千人口基层医疗卫生机构在岗人员数(人)
			区域内开展多点机构执业医师数（人）
			二级以上医院医师到下级医疗机构执业的人数（人）
			在医联体内部多点执业是否需要办理地点变更手续？
	(三)区域医疗资源共享情况	9.二级以上医院或独立设置的相关机构向基层开放医学检验等资源	医学影像诊断中心总数（个）
			医学检验实验室总数（个）
			病理诊断中心总数（个）
			血液透析中心总数（个）
			安宁疗护中心总数（个）
			消毒供应中心总数（个）
			康复医疗中心总数（个）
			护理中心总数（个）
			中小型眼科总数（个）
			健康体检中心总数（个）
		10.远程医疗服务覆盖试点地区范围	建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县（市、区）
			与基层医疗卫生机构建立远程医疗服务公立医院数

			开展远程医疗服务的城市二级公立医院数（个）
			开展远程医疗服务的城市三级公立医院数（个）
			开展远程医疗服务的县级公立医院数（个）
			开展远程医疗服务人次数（次）
			是否出台远程医疗定价政策？
		11.分级诊疗信息管理系统覆盖范围	建立分级诊疗信息管理系统的医疗机构机构数（三级、二级、乡镇卫生院、社区卫生服务中心）
			建立分级诊疗信息系统的二、三级公立医院数
			建立分级诊疗信息系统的二级公立医院数
			建立分级诊疗信息系统的三级公立医院数
			建立分级诊疗信息系统的乡镇卫生院数
			建立分级诊疗信息系统的社区卫生服务中心数
			参与同级检查结果互认的公立医院数
			公立医院总数
			制定并实施县域医疗卫生服务体系规划的县(市、区)数
			开展日间手术的三级公立医院数
			是否出台家庭病床、居家护理定价政策？
	二、分级诊疗运行机制	12.医联体工作情况	区域内三级公立医院启动医联体的数量（个）
			构建的医联体总数（个）
			参与医联体建设的社区服务中心的数量
			参与医联体建设的乡镇卫生院数量
			中医医联体个数（个）
			医联体覆盖医疗机构总数（个）
			其中：覆盖三级医疗机构数（个）
			覆盖二级医疗机构数（个）
			覆盖一级医疗机构数（个）
			医疗集团总数（个）
	(四) 医疗机构分工协作机制建设		

			医疗共同体总数（个）
			专科联盟总数（个）
			远程医疗协作网总数（个）
			加入医联体护理院的数量
			加入医联体的康复医院数量
			社会力量举办医疗机构加入医联体数量
			二级医院向基层下派的专业人员人次数
			二级医院向基层下派的管理人员人次数
			医联体内部是否实行处方延伸？
			中医优势病种总数（个）
			中医优势病种的诊疗路径总数（个）
			是否对纵向合作的医疗联合体实行医保总额付费？
			医联体内部是否建立了质量同质化管理制度？
	（五）家庭医生签约服务配套机制建设	13.药品配备	试点病种患者在医疗机构开具处方用量最长为_____周（平均数）
		14.基层医疗卫生机构中全科医生高、中级岗位的比例	基层医疗卫生机构中全科医生总数
			基层医疗卫生机构中高级岗位的全科医生数目
			基层医疗卫生机构中中级岗位的全科医生数目
	（六）基层就诊情况	15.城乡基层医疗卫生机构诊疗量占比	城乡基层医疗卫生机构诊疗人次数
			同期城乡总诊疗人次数
		16.居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例	居民 2 周患病首选基层医疗机构就诊次数
			居民 2 周患病去医疗机构就诊次数
		17.县域内就诊率	县域（统筹区域）内住院患者转出入次数
			同期县域（统筹区域）内患者住院总人次数
		18.重点疾病患者的规范化诊疗和管理率	规范化诊疗和管理的高血压患者数
			纳入高血压慢病管理的总人数
			规范化诊疗和管理的糖尿病患者数

			纳入糖尿病慢病管理的总人数
		19.家庭医生签约服务及重点人群覆盖率	家庭医生签约服务人数
			重点人群签约服务人数
			同期重点人群人口总数
		20.分级诊疗转诊患者年增长率	公立医院（三级、二级公立医院）住院病人数
			公立医院（三级、二级公立医院）转往基层医疗卫生机构、接续性医疗机构住院病人数（例）
			由二、三级医院向基层医疗卫生机构转诊的人数（例）
			由二、三级医院向接续性医疗机构转诊的人数（例）
			基层医疗卫生机构向上级医院转诊的病人数
			由基层医疗卫生机构、接续性医疗机构向二、三级医院转诊的人数（例）
			由基层医疗卫生机构向二、三级医院转诊的人数（例）
			由接续性医疗机构向二、三级医院转诊的人数（例）
		21.建立对口帮扶机制	与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院数目
			与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心数目
			与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的乡镇卫生院数目
			牵头医院帮助基层开展新技术、新项目数
			牵头医院帮助基层开展专科数
		22.家庭医生签约服务费的设立和构成情况	否设立签约服务费？
			签约服务费是____元/人/年
			签约服务费实际筹资中涵盖医保基金、财政投入和签约居民个人付费情况
			其中：医保基金，分担____元/人/年
			财政投入，分担____元/人/年

			个人付费，分担____元/人/年
			建档立卡的贫困人口总数
			获得家庭医生签约服务的建档立卡贫困人口数
			家庭医生签约的贫困人口数占区域内贫困人口的____%。
		23.人事薪酬	在核定任务、核定收支的基础上全面落实政府办基层医疗卫生机构经常性收支差额补助的县（市、区）数
			按时足额发放基层医疗卫生机构绩效工资和县（市、区）数
			政府落实乡村医生多渠道补偿政策的平均补助金额（元/人/年）
		24.综合监管制度	将分级诊疗纳入对政府绩效考核的地市数（个）

表 3 城市医联体效果评价考核表
（城市医联体牵头医院填报）

基本信息	三级医院名称
	医院组织机构代码
	医院填报类型
	医院级别
	三级医院参与形成的医联体的类型及数目
	参与医联体建设的成员数量：
	医联体服务人口数：
	是否是典型经验的医联体
	实际开放总床日数
	实际占用总床日数
	门诊总诊疗人次数（例次）
	总诊疗人次数:门急诊人次数
	平均每日门诊人次
	日间手术例次数
	出院患者人次数
	住院患者人次数
	总手术量
	住院危重患者抢救人次数
	平均住院日
	病床周转次数
	门诊患者次均费用（元）

	住院患者人均费用（元）
	床位使用率
	CT 平均出报告时间
	第一诊断为糖尿病的患者门诊就诊例次数（例次）
	第一诊断为高血压的患者门诊就诊例次数（例次）
	中医优势病种诊疗规范/路径数量（中医医院填写）
	中医重点专科（专病）数量（中医医院填写）
	剖宫产例次数
	急性心肌梗死（ICD-10 I21.0-I21.3，I21.4，I21.9）（例数）
	经皮冠状动脉介入术(PCI)例次数
	门诊收入
	住院收入
	是否建立独立影像中心？
	是否建立独立后勤服务中心？
	是否建立独立检查检验中心？
	是否建立独立消毒供应中心？
	医联体建设覆盖的乡镇卫生院数量？
	医联体建设覆盖的社区卫生服务中心数量？
	医联体建设覆盖的康复机构数量？
	医联体建设覆盖的护理机构数量？

一、分工协作机制建设	(一) 组织管理和协作制度建立情况	1. 有多少专科加入专科联盟? (专科数)
	(二) 医疗机构功能定位落实情况	2. 是否根据医联体章程明确本机构与其他成员单位的责、权、利?
		3. 是否建立医联体内部医保打包支付制度?
		4. 是否对帮扶医院转诊患者优先接诊、优先检查、优先住院?
二、优质医疗资源上下贯通	(三) 统一信息平台	5. 与医联体医院内部是否实现电子档案和电子病历的连续记录和信息共享, 实现医联体诊疗信息互通?
		6. 是否参与了同级检查检验结果互认?
		7. 开展远程医疗服务人次数 (次)
		8. 远程医疗服务覆盖的医院数
		9. 与上级医院建立远程医疗服务的医院数
		10. 与下级医院建立远程医疗服务的医院数
		其中, 远程医疗服务覆盖的乡镇卫生院数
三、保障机制建设	(四) 管理质量	11. 远程医疗服务覆盖的社区卫生服务中心数
		12. 是否制定医联体内部医疗质量同质化管理办法?
四、效果指标	(五) 资源下沉	13. 医联体内三级医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术/管理人才的人次数
		14. 医联体内三级医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术/管理人才的总天数)
		15. 本院三四级手术例 (次数)
		16. 是否开展日间手术
		17. 日间手术例次数
		18. 日间手术覆盖的病种数
		19. 日间手术占择期手术的比例
		20. 脑血管疾病上转、下转人数 (例) (选填)
		其中: 脑血管疾病上转人数 (例)

		脑血管疾病下转人数（例）
		21.高血压上转、下转人数（例）（选填）
		其中：高血压上转人数（例）
		高血压下转人数（例）
		22.糖尿病上转、下转人数（例）（选填）
		其中：糖尿病上转人数（例）
		糖尿病下转人数（例）
		23.慢性阻塞性肺疾病上转、下转人数（例）（选填）
		其中：慢性阻塞性肺疾病上转人数（例）
		慢性阻塞性肺疾病下转人数（例）
		24.肿瘤上转、下转人数（例）（选填）
		其中：肿瘤上转人数（例）
		肿瘤下转人数（例）
	（六）双向转诊	25.转诊病人例数，以及占同期出院病人的比例
		其中：上转病人例数
		下转病人例数
		接收下级医院上转的例（次数）
	（七）辐射带动	26. 基层医务人员去上级医院学习进修的人数、次数、时间
		其中：去上级医院学习进修的人数
		去上级医院学习的进修次数
		去上级医院学习进修的时间（天）
		27.帮助下级医院开展新技术数量
		28.帮助下级医院开展新项目
		29.CMI 指数

（城市医联体成员单位（帮扶医院）填报）

基本信息	医院名称
	医院组织机构代码
	医院填报类型
	医院级别
	参与形成的医联体的类型
	服务人口数:
	是否是典型经验医联体
	实际开放床位数
	门诊总诊疗人次数（例次）
	总诊疗人次数:门急诊人次数
	平均每日门诊人次
	出院患者人次数
	住院患者人次数
	总手术量
	平均住院日
	门诊患者次均费用（元）
	住院患者人均费用（元）
	床位使用率
	CT 平均出报告时间
	第一诊断为糖尿病的患者门诊就诊例次数（例次）
	第一诊断为高血压的患者门诊就诊例次数（例次）

	中医优势病种诊疗规范/路径数量（中医医院填写）
	中医重点专科（专病）数量（中医医院填写）
	剖宫产例次数
	急性心肌梗死（ICD-10 I21.0-I21.3, I21.4, I21.9）（例数）
	经皮冠状动脉介入术(PCI)例次数
	门诊收入
	住院收入
	门诊诊疗量
	门诊次均费用
	住院次均费用
	根据自身能力可确保收治的病种数
	除上述病种外，可在上级医院帮助下尽力收治的病种数
	转诊病人例数（上转、下转、接收下级医院上转的例（次数））
	其中：上转病人例数
	下转病人例数
	接收下级医院上转的例数
	上级医院帮助开展的新技术数
	上级医院帮助开展的新项目数

表 4 县域医疗联合体效果评价考核表
(县域医疗联合体牵头医院填报)

基本信息	县级医院名称
	医院组织机构代码
	医院填报类型
	医院级别
	参与医共体建设的成员数量
	医联体服务人口数:
	是否是典型经验的医共体
	实际开放床位数
	实际开放总床日数
	实际占用总床日数
	门诊总诊疗人次数(例次)
	总诊疗人次数:门急诊人次数
	平均每日门诊人次
	出院患者人次数
	总手术量
	住院危重患者抢救人次数
	平均住院日
	出院患者平均住院日

	床位使用率
	床位周转次数
	门诊患者次均费用（元）
	住院患者人均费用（元）
	CT 平均出报告时间（小时）
	第一诊断为糖尿病的患者门诊就诊例次数（例次）
	第一诊断为高血压的患者门诊就诊例次数（例次）
	中医优势病种诊疗规范/路径数量（中医医院填写）
	中医重点专科（专病）数量（中医医院填写）
	剖宫产例次数
	急性心肌梗死（ICD-10 I21.0-I21.3，I21.4，I21.9）（例数）
	经皮冠状动脉介入术(PCI)例次数

一、分工协作机制建设	(一) 组织管理和协作制度建立情况	1. 有多少专科加入专科联盟？（专科数）
	(二) 医疗机构功能定位落实情况	2. 远程医疗服务覆盖多少人次？
		3. 是否根据医联体章程明确本机构与其他成员单位的责、权、利？
二、优质医疗资源上下贯通	(四) 统一信息平台	4. 是否建立医联体内部医保打包支付制度？
		5. 是否对帮扶医院转诊患者优先接诊、优先检查、优先住院？
		6. 与医联体医院内部是否实现电子档案和电子病历的连续记录和信息共享，实现医联体诊疗信息互通？
		7. 是否参与了同级检查检验结果互认？
		8. 开展远程医疗服务人次数（次）
三、效果指标	(五) 资源下沉	9. 与上级医院建立远程医疗服务人次数（次）
		10. 与下级医院建立远程医疗服务服务人次数（次）
		11. 医联体内三级医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术/管理人才的人次数
		12. 医联体内三级医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术/管理人才的总天数
		13. 医联体内三级医疗机构向基层医疗卫生机构派出连续工作3个月以上的专业技术和管理人才人数
		14. 核心医院三四级手术例（次数）
		15. 肿瘤手术台次数（选填）
		16. 心脑血管疾病手术台次数（选填）
		17. 感染性疾病手术台次数（选填）
		18. 内镜使用手术台次数（选填）数

		19.介入使用手术台次数（选填）
		20.二级诊疗科目个数
		21.急诊引进人才数
		22.儿科引进人才数
		23.麻醉科引进人才数
		24.重症医学引进人才数
		25.日间手术例次数
		26.日间手术覆盖的病种数
		27.日间手术占择期手术的比例
	（六）双向转诊	28.转诊病人例数，以及占同期出院病人的比例
		其中：上转病人例数
		下转病人例数
		接收下级医院上转的例（次数）
	（七）辐射带动	29.赠送 30 万元以上大型设备
		30.至少帮助乡镇卫生院开设 1 项新技术的乡镇卫生院数
		31.至少帮助乡镇卫生院开展 1 个特色专科的乡镇卫生院数
		32.接受 6 个月以下（3-6 个月）进修的人数
		33.接受 6 个月以上到一年（7-12 个月）进修的人数
		34.接受一年以上（12 个月以上）进修的人数
		35.派专家长期坐诊（或派技术骨干到乡镇卫生院任职并每周定期上班）的次数
		36.查房带教的次数
		36.学术讲座的次数
		37.带教手术的次数
		38.是否提供管理输出（下派管理人员到基层等）？

（县域医疗联合体帮扶的乡镇卫生院填报）

基本信息	医院名称
	医院组织机构代码
	医院填报类型
	医院级别
	门诊收入
	根据自身能力上限，可确保收治的病种数量
	除上述病种外，可在县级医院帮助下尽力收治的病种数量
	医院收入
	门诊人次数
	住院人次数
	其中：上转病人例数
	下转病人例数
	接收下级医院上转的例数
	上级医院帮助开展的新技术数
	上级医院帮助开展的新项目数

二、部分评估考核指标说明

各表中所有数据均需填报，省、市、医联体考核表中某项考核指标如未开展，填“0”；某项指标如未统计，填“--”，代表缺失。

（一）评估省、市级层面评价考核表部分指标说明

1.医疗卫生资源配置情况

（1）基层医疗卫生机构建设达标率

定义：指统计时间点，达到建设标准的基层医疗卫生机构总数占基层医疗卫生机构总数的比例。

公式：

$$\text{基层医疗卫生机构建设达标率} = \frac{\text{达到建设标准的基层医疗卫生机构总数}}{\text{基层医疗卫生机构总数}} \times 100\%$$

注：达到建设标准的基层医疗卫生机构总数≤基层医疗卫生机构总数（个）

（2）县级医疗机构等级达标率

定义：指统计时段内，基层医疗卫生机构诊疗人次数占同期各级医疗机构总诊疗人次数比例。

公式：

$$\text{县级医疗机构等级达标率} = \frac{\text{30 万人口以上且拥有至少一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院的县数}}{\text{30 万人口以上的县总数}} \times 100\%$$

注：30 万以上人口的县拥有至少一所二级甲等综合医院

的县数≤30 万人口以上的县数

30 万以上人口的县拥有至少一所二级甲等中医医院的
县数≤30 万人口以上的县数

30 万人口以上且拥有至少一所二级甲等综合医院和一
所二级甲等中医医院的县数≤30 万人口以上的县数

2.县级和基层医疗卫生机构能力建设情况

（1）万名城市居民拥有的全科医生数

定义：指统计时间点，区域内每万名城市居民（按户籍人口计算）拥有全科医生（执业范围注册为全科的临床和中医类别执业或助理医师）平均数量。

公式：

$$\begin{array}{l} \text{每万名城市居民} \\ \text{拥有全科医生数} \end{array} = \frac{\text{区域内全科医生总数}}{\text{区域内城市户籍居民总数}} \times 10000$$

（2）至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院占比

定义：指统计时间点，区域内至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院数占政府办乡镇卫生院总数的比例。

公式：

$$\begin{array}{l} \text{至少拥有 1 名全科} \\ \text{医生的政府办乡} \\ \text{镇卫生院占比} \end{array} = \frac{\text{至少拥有 1 名全科医生的政府办} \\ \text{乡镇卫生院数}}{\text{同期政府办乡镇卫生院总数}} \times 100\%$$

注：至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院总数≤
乡镇卫生院总数

（3）提供中医药服务的基层医疗卫生机构占比

定义：指统计时间点，区域内能够提供中医药服务的基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室）占同类型基层医疗卫生机构总数的比例。

公式：

$$\text{提供中医药服务的基层医疗卫生机构占比} = \frac{\text{提供中医药服务的基层医疗机构数}}{\text{同期同类型基层医疗机构总数}} \times 100\%$$

注：提供中医药服务的社区卫生服务中心数≤社区卫生服务中心总数

提供中医药服务的乡镇卫生院数≤乡镇卫生院总数

提供中医药服务的社区卫生服务站数≤社区卫生服务站总数

提供中医药服务的村卫生室数≤村卫生室总数

（4）基层医疗卫生机构中医诊疗量占比

定义：指统计时段内，区域内基层医疗卫生机构中医诊疗人次数占同类医疗机构诊疗总人次数的比例。

公式：

$$\text{基层医疗卫生机构中医诊疗量占比} = \frac{\text{基层医疗卫生机构中医诊疗人次数}}{\text{同期基层医疗卫生机构总诊疗人次数}} \times 100\%$$

注：同期基层医疗卫生机构总诊疗人次数=基层医疗卫生机构诊疗人次数

3. 区域医疗资源共享情况

(1) 远程医疗服务覆盖率

定义：指统计时间点，区域内县级医院或二级以上医疗机构与上级医疗机构建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县（市、区）占比。开展远程医疗服务应当符合《国家卫生计生委关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》（国卫医发〔2014〕51号）有关要求。

公式：

$$\text{远程医疗服务覆盖率} = \frac{\text{建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县（市、区）}}{\text{县（市、区）总数}} \times 100\%$$

注：建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县（市、区）数≤县（市、区）总数

(2) 分级诊疗信息管理系统覆盖率

定义：指统计时间点，区域内建立分级诊疗信息系统的医疗机构占同级医疗机构的比例。分级诊疗信息系统能够实现转诊医疗机构间患者关键信息（转诊信息和病人就诊基本信息）共享。

公式：

$$\text{分级诊疗信息管理系统覆盖率} = \frac{\text{建立分级诊疗信息系统的医疗机构数}}{\text{同级医疗机构总数}} \times 100\%$$

注：建立分级诊疗信息系统的二、三级医院=建立分级

诊疗信息系统的三级医院+建立分级诊疗信息系统的二级医院

建立分级诊疗信息系统的二、三级医院 $\leq$ 二级医院总数+三级医院总数

建立分级诊疗信息系统的乡镇卫生院 $\leq$ 乡镇卫生院总数

建立分级诊疗信息系统的社区卫生服务中心 $\leq$ 社区卫生服务中心总数

4. 医疗机构分工协作机制建设

(1) 医联体总数

公式：构建的医联体总数（个）=医疗集团总数（个）+医疗共同体总数（个）+专科联盟总数（个）+远程医疗协作网总数（个）

(2) 医联体覆盖医疗机构总数

公式：医联体覆盖医疗机构总数（个）=覆盖三级医疗机构数（个）+覆盖二级医疗机构数（个）+覆盖一级医疗机构数（个）

(3) 中医优势病种数

定义：是指在疾病总体和疾病的某一阶段、某一环节的防治上，中医的效果较西医为优的病种。

(4) 药品配备

“试点病种患者在医疗机构开具处方用量最长为--周（平均值）”中的试点病种指：高血压、糖尿病、慢性阻塞性

肺病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑血管疾病、肿瘤等重大慢性非传染性疾病。

5. 基层就诊情况

(1) 城乡基层医疗卫生机构诊疗量占比

定义：指统计时段内，基层医疗卫生机构诊疗人次数占同期各级医疗机构总诊疗人次数 的比例。

公式：

$$\text{基层医疗卫生机构诊疗量占比} = \frac{\text{基层医疗卫生机构诊疗人次数}}{\text{同期总诊疗人次数}} \times 100\%$$

注：基层医疗卫生机构诊疗人次数≤同期总诊疗人次数

(2) 居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例

定义：指统计时段内，区域内居民发病 2 周内就诊首选基层医疗卫生机构的比例。

公式：

$$\text{居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构占比} = \frac{\text{居民 2 周患病首选基层医疗机构就诊次数}}{\text{居民 2 周患病去医疗机构就诊次数}} \times 100\%$$

注：分母“居民 2 周患病去医疗机构就诊次数”，即居民中两周内患病人群去医疗机构就诊次数，也就是全年所有患者中是患病后两周内来医疗机构就诊患者的就诊次数。分子与分母同理。

居民 2 周患病首选基层医疗机构就诊次数≤居民 2 周患

病去医疗机构就诊次数

(3) 县域内就诊率

定义：指统计时段内，县域内人口留在县域内（统筹区域）县级医院和基层医疗卫生机构住院治疗的比例。数据可来源于医保和新农合统计。

公式：

$$\text{县域内就诊率} = 1 - \frac{\text{县域（统筹区域）内住院患者转出人次}}{\text{同期县域（统筹区域）内患者住院总人次}} \times 100\%$$

注：县域（统筹区域）内住院患者转出人次 ≤ 同期县域（统筹区域）内患者住院总人次

(4) 重点疾病患者的规范化诊疗和管理率

定义：指统计时间点，区域内进行规范化诊疗和管理的高血压、糖尿病患者占已纳入高血压、糖尿病慢病管理总人数的比例。

公式：

$$\text{城市高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率} = \frac{\text{规范化诊疗和管理的高血压、糖尿病患者数}}{\text{纳入高血压、糖尿病慢病管理的总人数}} \times 100\%$$

注：规范化诊疗和管理的高血压患者数 ≤ 纳入高血压慢病管理的总人数

规范化诊疗和管理的糖尿病患者数 ≤ 纳入糖尿病慢病管理的总人数

(5) 家庭医生签约服务覆盖率

定义：指统计时间点，区域内已签约家庭医生服务人数占户籍人口总数的比例。

公式：

$$\text{家庭医生签约服务覆盖率} = \frac{\text{家庭医生签约服务人数}}{\text{同期户籍人口总数}} \times 100\%$$

注：家庭医生签约服务人数≤户籍总人数

（6）重点人群家庭医生签约服务覆盖率

定义：指统计时间点，区域内已签约重点人群（老年人、孕产妇、儿童、残疾人、贫困人口、计划生育特殊家庭成员以及高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者等）家庭医生服务人数占户籍人口总数的比例。

公式：

$$\text{重点人群家庭医生签约服务覆盖率} = \frac{\text{重点人群签约服务人数}}{\text{同期重点人群人口总数}} \times 100\%$$

注：重点人群签约服务人数≤同期重点人群人口总数

（7）分级诊疗下转患者数

定义：指按半年度统计，区域内由二、三级医院向基层医疗卫生机构、接续性医疗机构转诊（下转）人数

注：二、三级医院向基层医疗卫生机构、接续性医疗机构转诊的人数（例）=由二、三级医院向基层医疗卫生机构转诊的人数（例）+由二、三级医院向接续性医疗机构转诊的人数（例）

接续性医疗机构是指社会办康复型、老年型、长期护理型、临终关怀型医疗机构。

（8）分级诊疗上转患者数

定义：指按半年度统计，区域内由二、三级医院向基层医疗卫生机构、接续性医疗机构转诊（上转）人数

注：基层医疗卫生机构、接续性医疗机构向二、三级医院转诊的人数（例）=由基层医疗卫生机构向二、三级医院转诊的人数（例）+由接续性医疗机构向二、三级医院转诊的人数（例）

接续性医疗机构是指社会办康复型、老年型、长期护理型、临终关怀型医疗机构。

（9）对口帮扶覆盖率

定义：指统计时间点，区域内与二、三级医院建立起稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院占比。以签订帮扶协议为准。

公式：

$$\text{对口帮扶覆盖率} = \frac{\text{与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院数}}{\text{同期社区卫生服务中心、乡镇卫生院总数}} \times 100\%$$

注：与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院数目=与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心

数目+与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的乡镇卫生院数目

与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心数目≤社区卫生服务中心总数

与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的乡镇卫生院数目≤乡镇卫生院总数

（10）家庭医生签约服务费的设立和构成情况

注：家庭签约服务费是___元/人/年=医保基金+财政投入+个人付费

（11）贫困人口家庭医生签约服务覆盖率

定义：指统计时间点，区域内建档立卡贫困人口家庭医生服务人数占同期贫困人口总数的比例。

公式：

$$\text{贫困人口家庭医生签约服务覆盖率} = \frac{\text{家庭医生签约服务的建档立卡贫困人口数}}{\text{同期贫困人口总数}} \times 100\%$$

注：获得家庭医生签约服务的建档立卡贫困人口数≤建档立卡的贫困人口数≤区域内贫困人口数

（12）人事薪酬

注：在核定任务、核定收支的基础上全面落实政府办基层医疗卫生机构经常性收支差额补助的县（市、区）数≤县（市、区）总数

按时足额发放基层医疗卫生机构绩效工资在县（市、区）

数 $\leq$ 县（市、区）总数

（二）城市医联体、县域医疗联合体考核部分指标说明

1. “典型经验的医联体”指具有先进经验，在全国或全省会议汇报过的医联体单位。

2. “医联体服务人口数”是指医联体内所有成员单位所在地市/县市/区域覆盖的常住人口数的总和。

3. “门诊总诊疗人次数”指的是门诊（平诊）人次数

4. “总诊疗人次数：门急诊人次数”指的是“门诊（平诊）人次数”+“急诊人次数”。

5. “平均每日门诊人次”是总诊疗人次数除以工作日天数，而不是除以 365。

6. “住院患者人次数”统计时间内，居民到医院办理入院的人次总数。

7. “出院患者人次数”统计时间内，所有住院后出院的人次数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其它人数。

8. “CT 平均出报告的时间”的统计口径为门诊（平诊）出报告的时间。

9. “有多少专科加入专科联盟？（专科数）”的指有多少专科加入此专科联盟。

10. “上转病人例数”指从本院转到上级医院 “下转病人例数”指从本院转到下级医院；“接收下级医院上转的例（次

数)”指从下级医院转到本院。

11. CMI 指数：该指数计算比较复杂，应由牵头医院里专门部门负责计算。

12. “参与医联体建设的成员数量”指此医联体内包括本单位在内的成员单位数量。

第三部分

国家卫生健康委分级诊疗制度建设 信息平台操作手册

一、填报准备

(一) 填报范围：全国 31 个省份及地级市

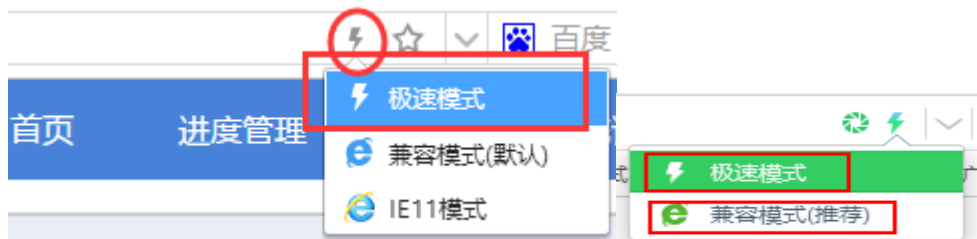
(二) 填报日期：2019 年 8 月 10 日早 8 点至 2019 年 8 月 31 日晚 6 点（及时报送数据）

(三) 填报地址：报送采用网络平台上报，网址：
<http://47.94.41.230/c-report/#/login>（注意：打开平台的浏览器）

适配浏览器：



系统最佳浏览器是谷歌浏览器、其次是 360 极速模式、
搜狗极速模式,示例：



系统最佳分辨率为1366*768以及更高，如果填报人员终端硬件显示器分辨率不够，建议选择通过浏览器的缩放功能来调整最佳操作分辨率。推荐浏览器可自行下载或者用以下下载地址：

谷歌浏览器：下载地址：<http://rj.baidu.com/soft/detail/14744.html>

360浏览器：下载地址：<http://rj.baidu.com/soft/detail/244>

[37.html](#)

搜狗浏览器：下载地址：<http://rj.baidu.com/soft/detail/14754.html>

单位类型：省级单位、市级单位、城市医联体、县域医疗联合体

用户名：省级单位：单省行政区划代码”行政区示例：山东省为 370000

市级单位：单市行政区划代码”行政区示例：青岛市为 370282

城市医联体：“市行政区划代码+1 政区 示例：青岛市城市医联体为 3702821

县域医疗联合体：“市行政区划代码+2 政区 示例：青岛市县级医联体为 3702822

密码：默认密码规则为：登录用户名（例如 Fjzl@370000），请登录并修改密码。

注：已填报过的用户，如密码进行过修改，则初始密码为修改后的密码。

二、操作流程

（一）基层单位(城市医联体、县域医疗联合体)操作流程
输入网址：



1、登录方式：输入用户名和密码、验证码登录即可（第一次登录请核对机构名称并**及时修改密码**）

2、登录进入首页，(首次登录需)选择任务、表期（下次登录默认进入已选任务表期的报表业务填报）。

报表任务

序号	任务名称	任务类型	任务描述	发布单位	操作
1	全国分级诊疗试点工作数据采集	年报	全国分级诊疗试点工作数据采集	中华人民共和国国家卫生健康委员会	选择表期

点击选择表期

首页 上一页 1 下一页 尾页

共 1 条数据 每页显示 6 条数据 共 1 页 当前第 1 页



登录后可以修改密码，把鼠标放用户名或头像会弹出下拉框，选择“个人信息”修改密码，点击保存即可



分级诊疗制度建设信息平台

首页 进点管理 报表业务 统计查询 | 自我填报 联系客服 退出

个人信息查看

*账户名称: [输入框] *真实姓名: 省级填报

*所属机构: [输入框] *用户类型: 填报用户

*手机号: [输入框] *登录密码: [输入框] **修改密码**

性别: 男 身份证号: [输入框]

出生日期: 20[输入框] 电子邮件: 5[输入框]

邮编: [输入框] 使用状态: 启用

注册时间: 20[输入框]

籍贯: [输入框]

住址: [输入框]

描述: 用户

保存 取消

诊疗制度建设信息平台

首页 报表业务 | 县城区医共体5 联系客服

密码修改框

旧密码: 请输入旧密码

新密码: 请输入新密码

确认密码: 请再次输入密码

确定 取消

3、选择表期后进入报表业务的报表填报，切换页签填写所有页报表数据，填写完成点击保存到服务器。

注：建议大家填写部分数据就保存一下，防止因断网或其他因素导致数据保存失败。

分级诊疗制度建设信息平台

首页 报表业务 登录 联系客服 退出

当前状态: 未上报

本地区已上报 0 家, 整体完成率 0%(不含本级), 驳回修改次数 0

在报表业务中进行填报

点击保存到服务器

填报完后, 进行表内表间审核和合理性审核

滑动滚动条查看填报

点击切换页, 完成所有表的填报

基本信息	
县级医院名称 (请写全称):	
医院组织机构代码:	医院填报类型: 县级医院
医院级别:	三级甲等 三级乙等 二级甲等 二级乙等
参与医共体建设的成员数量:	填报人姓名:
医联体服务人口数:	填报人电话:
是否是典型经验的医共体?	填报人邮箱:

基本填报 / 分工协作机制建设 / 医联体建设 / 医共体建设 / 医联体建设 / 医共体建设

点击审核:

1) 审核当前表和表内表间审核 (为逻辑审核, 必须修改数据)。

2) 合理性审核当前表和合理性审核当前表所有表 (为核实性审核, 实际数据就是如此无需修改, 填写说明即可)。

3) 都审核之后, 需要点击保存按钮。

备注: 修改后必须要点击审核表内表间审核、合理性所有表无误后, 点击保存和上报, 来确保数据准确性。

4、最后点击“上报”按钮, 这样基层单位就完成了基层填报任务。

分级诊疗制度建设信息平台

首页 报表业务 登录 联系客服 退出

当前状态: 未上报

本地区已上报 0 家, 整体完成率 0%(不含本级), 驳回修改次数 0

点击上报

点击保存到服务器

填报完后, 进行表内表间审核和合理性审核

滑动滚动条查看填报

点击切换页, 完成所有表的填报

基本信息	
县级医院名称 (请写全称):	111
医院组织机构代码:	1111 医院填报类型: 县级医院
医院级别:	三级甲等 三级乙等 二级甲等 二级乙等
参与医共体建设的成员数量:	111 填报人姓名: 111

基本填报 / 分工协作机制建设 / 医联体建设 / 医共体建设 / 医联体建设 / 医共体建设

（二）主管单位（省级单位、市级单位）操作流程

1、主管用户填报本单位报表和修改密码操作与基层一致。填报本级本单位报表，需要在选择任务之后，再选择“报表业务”下的“报表填报”。

The screenshot shows the '分级诊疗制度建设信息平台' (Grading and Referral System Construction Information Platform) interface. The top navigation bar includes '首页' (Home), '进度管理' (Progress Management), '报表业务' (Report Business), and '统计查询' (Statistics Query). The '报表业务' dropdown menu is open, showing '报表填报' (Report Filing) and '附件上传' (Attachment Upload). The main content area displays a table titled '评价指标基本信息' (Evaluation Indicator Basic Information) with columns for '指标' (Indicator) and '年份' (Year). The table lists indicators such as '户籍总人数' (Total registered population), '其中：城市户籍居民总数' (Total urban registered population), '区域内贫困人口数' (Number of poor people in the area), and '县（市、区）总数' (Total number of counties (cities, districts)). The table also includes columns for the years 2015, 2016, 2017, and 2018.

指标	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
户籍总人数				
其中：城市户籍居民总数				
区域内贫困人口数				
县（市、区）总数				

2、除此填报之外主管用户还有报表审核，进度明细查看功能，用于管理下级单位的报送。鼠标放在“报表业务”会弹出“报表审核”下拉框，点击报表审核，可以查看主管单位所有下级填报单位数据，并且可以审核主管下级单位：通过（审核）和驳回（下级单位数据，重新填报）。

分级诊疗制度建设信息平台

首页 进度管理 报表业务 统计查询 | 省级填报 联系客服 退出

通过 驳回

指标库 (省级) 2017年...

2017年 保存 审核 查看

报表审核 报表填报 附件上传

点击报表审核 进入报表审核

评价指标基本信息

填报人姓名: 填报人电话: 填报人邮箱: 省份名称:

勾选已填报单位进行通过或驳回

点击单位名称显示填报详情

显示报表填报状态

指标	年份			
	2015年度	2016年度	2017年度	2018
户籍总人数	23,217,200	23,217,400	23,217,500	
其中: 城市户籍居民总数	9,805,373	9,910,536	9,965,341	
区域内贫困人口数	2,610,000	2,610,000	2,610,000	
县 (市、区) 总数	94	94	94	

评价指标基本信息 评价指标数据 计算指标 核实性说明

3、鼠标放在“进度管理”会弹出“进度明细”下拉框，点击进度明细，查看主管下级单位上报状态

分级诊疗制度建设信息平台

首页 进度管理 报表业务 统计查询 | 省级填报 联系客服 退出

单位	填报单位	未上报	已上报	填报
		144	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情
		13	0	查看详情

点击查看此单位填报详情

切换页面

首页 上一页 1 2 下一页 尾页

共 12 条数据 每页显示 10 条数据 共 2 页 当前第 1 页

分级诊疗制度建设信息平台																																																						
首页 进度管理 报表业务 统计查询 个人信息 联系客服 退出																																																						
显示该单位下所有单位 <table> <tr> <th>■</th><th>所属单位</th><th>未上报</th><th>已上报</th><th>填报</th></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>105</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> <tr> <td>☐</td><td>会</td><td>13</td><td>0</td><td>查看详情</td></tr> </table>					■	所属单位	未上报	已上报	填报	☐	会	105	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情	☐	会	13	0	查看详情
■	所属单位	未上报	已上报	填报																																																		
☐	会	105	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		
☐	会	13	0	查看详情																																																		

（三）软件技术支持联系方式

1、指标解释：国家卫健委卫生发展研究中心 010-88385852，何蓓蓓、李昕嫒、高晶磊

国家卫生健康委分级诊疗制度建设信息平台

[返回首页](#)
[联系客服](#)
[帮助](#)
[常见问题](#)

距离工作结束还有

030天06时34分20秒

业务入口

管理入口

4764

☒ 记住密码
 [忘记密码](#)
[注册账号](#)
[忘记密码](#)

立即登录

请使用谷歌浏览器或者360浏览器的极速模式访问

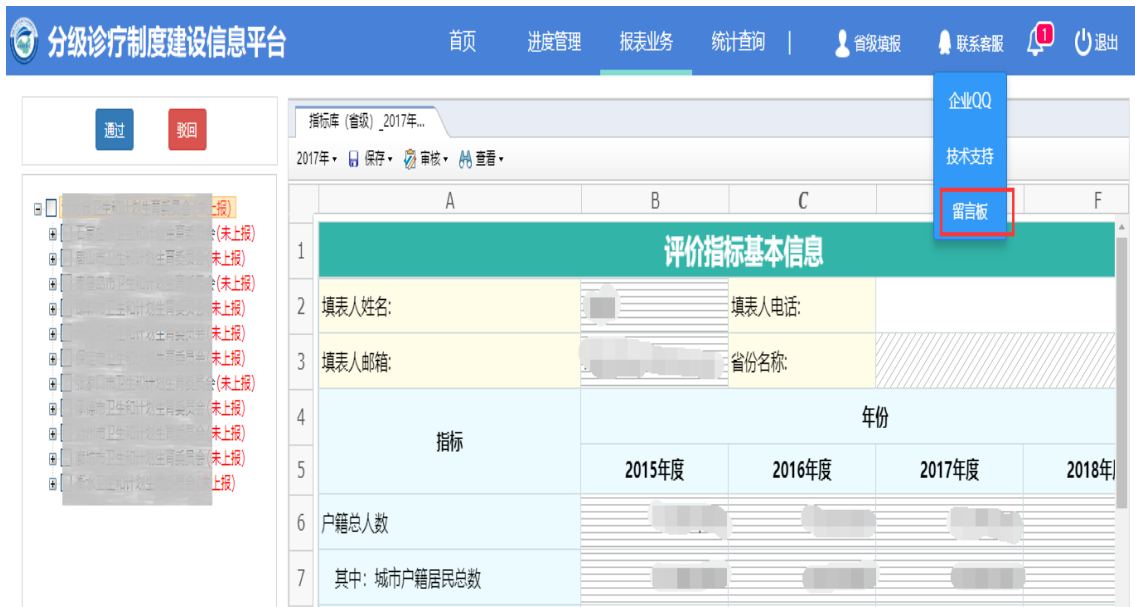
国家卫生健康委卫生发展研究中心

技术支持：北京冠新医卫软件科技有限公司

2、软件问题技术支持 QQ: 800094911



3、如在非工作时间有技术问题，可在留言板处留言，我们看到后会第一时间答复。



三、常见问题汇总

(一) 系统使用及填报工作介绍

1.账号获取

如果牵头医院登录账号是之前就有的，则用以前的账号密码；若牵头医院往年没有填报过，则拨打客服电话申请账号和密码。

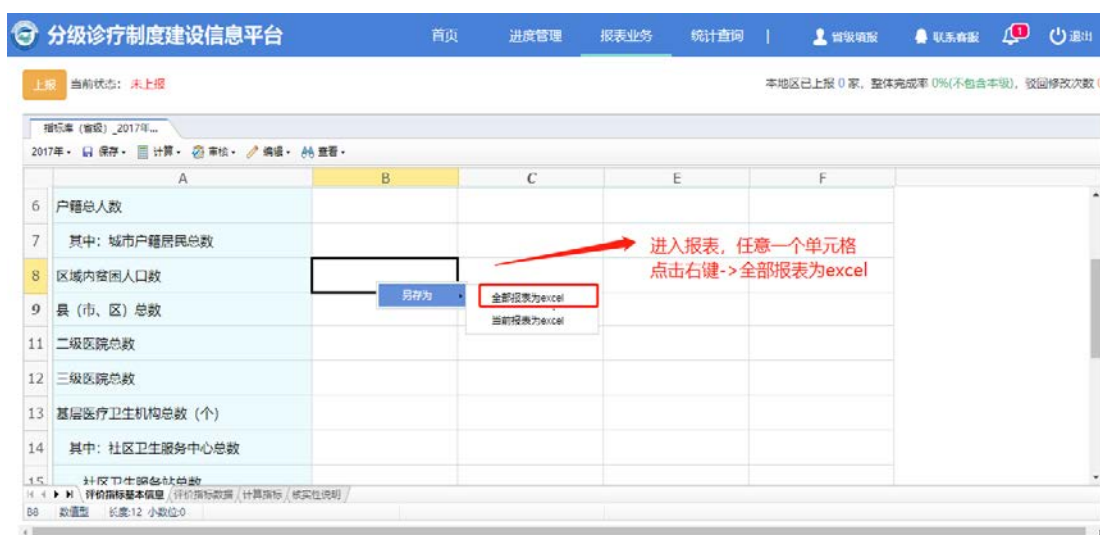
技术服务联系方式：①QQ：800094911 ②电话:010-62962627/28/29/30 转: 8503/8505/8511/8103/8199/8999

2.只读模式下无法填写（且界面上部没有菜单栏）

在电脑桌面点击鼠标右键——显示设置——屏幕分辨率，选择最高分辨率。

此操作后还不行的话，在浏览器的页面，按住 ctrl 之后滑动鼠标滑轮，多滑动几次即可。

3.表格导出方式：



4.文件上传：

首页 进度管理 报表业务 统计查询 | 省级填报 联系客服

信息表

2016年度 2017年度 2018年度

报表审核 报表填报 附件上传

选择 上传 下载

1.区域卫生规划的制定和执行情况

承诺书

上传医联体建设年度总结

上传城市医疗集团建设规划

上传县域医供体建设规划

上传医联体绩效考核文件

1.先点击选择按钮，选中需要上传的文件
2.在点击上传按钮，将文件上传至服务器

选择... 上传 下载 删除

选择... 上传 下载 删除

选择... 上传 下载 删除

选择... 上传 下载 删除

选择... 上传 下载 删除

5.审核后填写说明的填写和删除

如何审核后填写说明：合理性审核后双击错误信息即可填写说明。

如何删掉审核情况说明：清空下列截图表格中的数据即可。

A	C	D	E	F	G
表名	审核tag	审核公式	审核情况说明	审核提示信息	是否通过审核
					0

核实现说明

6.自助解疑渠道：

（1）针对大家提出的系统登录和指标解释说明等问题，我们对答案进行了整理，各位可在平台内“下载区”下载查阅；

另下载区定期更新，大家可时常查看。

（2）从系统中导出的四类表格、国家发布的文件均可在“查看群聊天记录”中的“文件”类中下载。

（二）指标定义

1.填报指标说明

隐藏的指标不需要填写

（1）在系统中填报时，将鼠标放到空格处点击，若此指标有相应的填报说明，说明会以浮框的形式显示在界面上。

（2）其他补充的说明会上传在平台下载区(截图中的“小铃铛”)并定期更新。



（3）若有关于其他统计口径和指标定义的问题，可直接在群里提问。

第四部分

相关文件

国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见

国办发〔2015〕70号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

建立分级诊疗制度，是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，是深化医药卫生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容，对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高人民健康水平、保障和改善民生具有重要意义。为贯彻落实《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》和《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》精神，指导各地推进分级诊疗制度建设，经国务院同意，现提出如下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。全面贯彻党的十八大和十八届二中、三中、四中全会精神，认真落实党中央、国务院决策部署，立足我国经济社会和医药卫生事业发展实际，遵循医学科学规律，按照以人为本、群众自愿、统筹城乡、创新机制的原则，以提高基层医疗服务能力为重点，以常见病、多发病、

慢性病分级诊疗为突破口，完善服务网络、运行机制和激励机制，引导优质医疗资源下沉，形成科学合理就医秩序，逐步建立符合国情的分级诊疗制度，切实促进基本医疗卫生服务的公平可及。

（二）目标任务。

到 2017 年，分级诊疗政策体系逐步完善，医疗卫生机构分工协作机制基本形成，优质医疗资源有序有效下沉，以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设得到加强，医疗资源利用效率和整体效益进一步提高，基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例明显提升，就医秩序更加合理规范。

到 2020 年，分级诊疗服务能力全面提升，保障机制逐步健全，布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的医疗服务体系基本构建，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成，基本建立符合国情的分级诊疗制度。

——基层首诊。坚持群众自愿、政策引导，鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对于超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。

——双向转诊。坚持科学就医、方便群众、提高效率，完善双向转诊程序，建立健全转诊指导目录，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类

别医疗机构之间的有序转诊。

——急慢分治。明确和落实各级各类医疗机构急慢病诊疗服务功能，完善治疗—康复—长期护理服务链，为患者提供科学、适宜、连续性的诊疗服务。急危重症患者可以直接到二级以上医院就诊。

——上下联动。引导不同级别、不同类别医疗机构建立目标明确、权责清晰的分工协作机制，以促进优质医疗资源下沉为重点，推动医疗资源合理配置和纵向流动。

二、以强基层为重点完善分级诊疗服务体系

（一）明确各级各类医疗机构诊疗服务功能定位。城市三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。城市三级中医医院充分利用中医药（含民族医药，下同）技术方法和现代科学技术，提供急危重症和疑难复杂疾病的中医诊疗服务和中医优势病种的中医门诊诊疗服务。城市二级医院主要接收三级医院转诊的急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者。县级医院主要提供县域内常见病、多发病诊疗，以及急危重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务。基层医疗卫生机构和康复医院、护理院等（以下统称慢性病医疗机构）为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。

（二）加强基层医疗卫生人才队伍建设。通过基层在岗

医师转岗培训、全科医生定向培养、提升基层在岗医师学历层次等方式，多渠道培养全科医生，逐步向全科医生规范化培养过渡，实现城乡每万名居民有 2—3 名合格的全科医生。加强全科医生规范化培养基地建设和管理，规范培养内容和方法，提高全科医生的基本医疗和公共卫生服务能力，发挥全科医生的居民健康“守门人”作用。建立全科医生激励机制，在绩效工资分配、岗位设置、教育培训等方面向全科医生倾斜。加强康复治疗师、护理人员等专业人员培养，满足人民群众多层次、多样化健康服务需求。

（三）大力提高基层医疗卫生服务能力。通过政府举办或购买服务等方式，科学布局基层医疗卫生机构，合理划分服务区域，加强标准化建设，实现城乡居民全覆盖。通过组建医疗联合体、对口支援、医师多点执业等方式，鼓励城市二级以上医院医师到基层医疗卫生机构多点执业，或者定期出诊、巡诊，提高基层服务能力。合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品品种和数量，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接，满足患者需求。强化乡镇卫生院基本医疗服务功能，提升急诊抢救、二级以下常规手术、正常分娩、高危孕产妇筛查、儿科等医疗服务能力。大力推进社会办医，简化个体行医准入审批程序，鼓励符合条件的医师开办个体诊所，就地就近为基层群众服务。提升基层医疗卫生机构中医药服务能力和医疗康复服务能力，加强中医药特色诊疗区

建设，推广中医药综合服务模式，充分发挥中医药在常见病、多发病和慢性病防治中的作用。在民族地区要充分发挥少数民族医药在服务各族群众中的特殊作用。

（四）全面提升县级公立医院综合能力。根据服务人口、疾病谱、诊疗需求等因素，合理确定县级公立医院数量和规模。按照“填平补齐”原则，加强县级公立医院临床专科建设，重点加强县域内常见病、多发病相关专业，以及传染病、精神病、急诊急救、重症医学、肾脏内科（血液透析）、妇产科、儿科、中医、康复等临床专科建设，提升县级公立医院综合服务能力。在具备能力和保障安全的前提下，适当放开县级公立医院医疗技术临床应用限制。县级中医医院同时重点加强内科、外科、妇科、儿科、针灸、推拿、骨伤、肿瘤等中医特色专科和临床薄弱专科、医技科室建设，提高中医优势病种诊疗能力和综合服务能力。通过上述措施，将县域内就诊率提高到 90%左右，基本实现大病不出县。

（五）整合推进区域医疗资源共享。整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构和慢性病医疗机构开放。探索设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构、消毒供应机构和血液净化机构，实现区域资源共享。加强医疗质量控制，推进同级医疗机构间以及医疗机构与独立检查检验机构间检查检验结果互认。

（六）加快推进医疗卫生信息化建设。加快全民健康保障信息化工程建设，建立区域性医疗卫生信息平台，实现电子健康档案和电子病历的连续记录以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享，确保转诊信息畅通。提升远程医疗服务能力，利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率，鼓励二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务，鼓励有条件的地方探索“基层检查、上级诊断”的有效模式。促进跨地域、跨机构就诊信息共享。发展基于互联网的医疗卫生服务，充分发挥互联网、大数据等信息技术手段在分级诊疗中的作用。

三、建立健全分级诊疗保障机制

（一）完善医疗资源合理配置机制。强化区域卫生规划和医疗机构设置规划在医疗资源配置方面的引导和约束作用。制定不同级别、不同类别医疗机构服务能力标准，通过行政管理、财政投入、绩效考核、医保支付等激励约束措施，引导各级各类医疗机构落实功能定位。重点控制三级综合医院数量和规模，建立以病种结构、服务辐射范围、功能任务完成情况、人才培养、工作效率为核心的公立医院床位调控机制，严控医院床位规模不合理扩张。三级医院重点发挥在医学科学、技术创新和人才培养等方面的引领作用，逐步减

少常见病、多发病复诊和诊断明确、病情稳定的慢性病等普通门诊，分流慢性病患者，缩短平均住院日，提高运行效率。对基层中医药服务能力不足及薄弱地区的中医医院应区别对待。支持慢性病医疗机构发展，鼓励医疗资源丰富地区的部分二级医院转型为慢性病医疗机构。

（二）建立基层签约服务制度。通过政策引导，推进居民或家庭自愿与签约医生团队签订服务协议。签约医生团队由二级以上医院医师与基层医疗卫生机构的医务人员组成，探索个体诊所开展签约服务。签约服务以老年人、慢性病和严重精神障碍患者、孕产妇、儿童、残疾人等为重点人群，逐步扩展到普通人群。明确签约服务内容和签约条件，确定双方责任、权利、义务及其他有关事项。根据服务半径和服务人口，合理划分签约医生团队责任区域，实行网格化管理。签约医生团队负责提供约定的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。规范签约服务收费，完善签约服务激励约束机制。签约服务费用主要由医保基金、签约居民付费和基本公共卫生服务经费等渠道解决。签约医生或签约医生团队向签约居民提供约定的基本医疗卫生服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。探索提供差异性服务、分类签约、有偿签约等多种签约服务形式，满足居民多层次服务需求。慢性病患者可以由签约医生开具慢性病长期药品处方，探索多种形式满足患者用药需求。

（三）推进医保支付制度改革。按照分级诊疗工作要求，及时调整完善医保政策。发挥各类医疗保险对医疗服务供需双方的引导作用和对医疗费用的控制作用。推进医保支付方式改革，强化医保基金收支预算，建立以按病种付费为主，按人头付费、按服务单元付费等复合型付费方式，探索基层医疗卫生机构慢性病患者按人头打包付费。继续完善居民医保门诊统筹等相关政策。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线，促进患者有序流动。将符合条件的基层医疗卫生机构和慢性病医疗机构按规定纳入基本医疗保险定点范围。

（四）健全医疗服务价格形成机制。合理制定和调整医疗服务价格，对医疗机构落实功能定位、患者合理选择就医机构形成有效的激励引导。根据价格总体水平调控情况，按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的原则，在降低药品和医用耗材费用、大型医用设备检查治疗价格的基础上，提高体现医务人员技术劳务价值的项目价格。理顺医疗服务比价关系，建立医疗服务价格动态调整机制。

（五）建立完善利益分配机制。通过改革医保支付方式、加强费用控制等手段，引导二级以上医院向下转诊诊断明确、病情稳定的慢性病患者，主动承担疑难复杂疾病患者诊疗服务。完善基层医疗卫生机构绩效工资分配机制，向签约

服务的医务人员倾斜。

（六）构建医疗卫生机构分工协作机制。以提升基层医疗卫生服务能力为导向，以业务、技术、管理、资产等为纽带，探索建立包括医疗联合体、对口支援在内的多种分工协作模式，完善管理运行机制。上级医院对转诊患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。鼓励上级医院出具药物治疗方案，在下级医院或者基层医疗卫生机构实施治疗。对需要住院治疗的急危重症患者、手术患者，通过制定和落实入、出院标准和双向转诊原则，实现各级医疗机构之间的顺畅转诊。基层医疗卫生机构可以与二级以上医院、慢性病医疗机构等协同，为慢性病、老年病等患者提供老年护理、家庭护理、社区护理、互助护理、家庭病床、医疗康复等服务。充分发挥不同举办主体医疗机构在分工协作机制中的作用。

四、组织实施

（一）加强组织领导。分级诊疗工作涉及面广、政策性强，具有长期性和复杂性，地方各级政府和相关部门要本着坚持不懈、持之以恒的原则，切实加强组织领导，将其作为核心任务纳入深化医药卫生体制改革工作的总体安排，建立相关协调机制，明确任务分工，结合本地实际，研究制定切实可行的实施方案。

（二）明确部门职责。卫生计生行政部门（含中医药管理部门）要加强对医疗机构规划、设置、审批和医疗服务行

为的监管，明确双向转诊制度，优化转诊流程，牵头制定常见疾病入、出院和双向转诊标准，完善新型农村合作医疗制度支付政策，指导相关学（协）会制定完善相关疾病诊疗指南和临床路径。发展改革（价格）部门要完善医药价格政策，落实分级定价措施。人力资源社会保障部门要加强监管，完善医保支付政策，推进医保支付方式改革，完善绩效工资分配机制。财政部门要落实财政补助政策。其他有关部门要按照职责分工，及时出台配套政策，抓好贯彻落实。

（三）稳妥推进试点。地方各级政府要坚持从实际出发，因地制宜，以多种形式推进分级诊疗试点工作。2015年，所有公立医院改革试点城市和综合医改试点省份都要开展分级诊疗试点，鼓励有条件的省（区、市）增加分级诊疗试点地区。以高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管疾病等慢性病为突破口，开展分级诊疗试点工作，2015年重点做好高血压、糖尿病分级诊疗试点工作。探索结核病等慢性传染病分级诊疗和患者综合管理服务模式。国家卫生计生委要会同有关部门对分级诊疗试点工作进行指导，及时总结经验并通报进展情况。

（四）强化宣传引导。开展针对行政管理人员和医务人员的政策培训，把建立分级诊疗制度作为履行社会责任、促进事业发展的必然要求，进一步统一思想、凝聚共识，增强主动性，提高积极性。充分发挥公共媒体作用，广泛宣传疾

病防治知识，促进患者树立科学就医理念，提高科学就医能力，合理选择就诊医疗机构。加强对基层医疗卫生机构服务能力提升和分级诊疗工作的宣传，引导群众提高对基层医疗卫生机构和分级诊疗的认知度和认可度，改变就医观念和习惯，就近、优先选择基层医疗卫生机构就诊。

附件：分级诊疗试点工作考核评价标准

国务院办公厅

2015年9月8日

（此件公开发布）

附件

分级诊疗试点工作考核评价标准

到 2017 年，分级诊疗试点工作应当达到以下标准：

一、基层医疗卫生机构建设达标率 $\geq 95\%$ ，基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例 $\geq 65\%$ ；

二、试点地区 30 万以上人口的县至少拥有一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院，县域内就诊率提高到 90%左右，基本实现大病不出县；

三、每万名城市居民拥有 2 名以上全科医生，每个乡镇卫生院拥有 1 名以上全科医生，城市全科医生签约服务覆盖率 $\geq 30\%$ ；

四、居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例 $\geq 70\%$ ；

五、远程医疗服务覆盖试点地区 50%以上的县(市、区)；

六、整合现有医疗卫生信息系统，完善分级诊疗信息管理功能，基本覆盖全部二、三级医院和 80%以上的乡镇卫生院和社区卫生服务中心；

七、由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊的人数年增长率在 10%以上；

八、全部社区卫生服务中心、乡镇卫生院与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系；

九、试点地区城市高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率达到 40%以上；

十、提供中医药服务的社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室占同类机构之比分别达到 100%、100%、85%、70%，基层医疗卫生机构中医诊疗量占同类机构诊疗总量比例 $\geq 30\%$ 。

国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见

国办发〔2017〕32号

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

新一轮医药卫生体制改革实施以来，我国全民医保体系加快建立健全，基层医疗卫生机构服务条件显著改善，以全科医生为重点的基层人才队伍建设不断加强，基层服务长期薄弱的状况逐步改变，基本医疗卫生服务公平性和可及性明显提升。但要看到，强基层是一项长期艰巨的任务，我国优质医疗资源总量不足、结构不合理、分布不均衡，特别是仍面临基层人才缺乏的短板，已成为保障人民健康和深化医改的重要制约。开展医疗联合体（以下简称医联体）建设，是深化医改的重要步骤和制度创新，有利于调整优化医疗资源结构布局，促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉，提升基层服务能力，有利于医疗资源上下贯通，提升医疗服务体系整体效能，更好实施分级诊疗和满足群众健康需求。为指导各地推进医联体建设和发展，经国务院同意，现提出以下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会以及全国卫生与健康大会精神，认真落实党中央、国务院决策部署，统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局，牢固树立和贯彻落实创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，坚持以人民为中心的发展思想，立足我国经济社会和医药卫生事业发展实际，以落实医疗机构功能定位、提升基层服务能力、理顺双向转诊流程为重点，不断完善医联体组织管理模式、运行机制和激励机制，逐步建立完善不同级别、不同类别医疗机构间目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，推动构建分级诊疗制度，实现发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变。

（二）基本原则。政府主导，统筹规划。落实政府规划、指导、协调、监管、宣传等职能，以城市和县域为重点，根据区域医疗资源结构布局和群众健康需求，按照业务相关、优势互补、双向选择、持续发展等要求，兼顾既往形成的合作关系，统筹安排医疗机构组建医联体。

坚持公益，创新机制。坚持政府办医主体责任不变，切实维护 and 保障基本医疗卫生事业的公益性。坚持医疗、医保、医药联动改革，创新机制，逐步破除行政区划、财政投入、医保支付、人事管理等方面的壁垒和障碍，优化资源结构布

局，结合医保支付方式等改革的推进，逐步建立完善医疗机构间分工协作机制。

资源下沉，提升能力。利用三级公立医院优质资源集中的优势，通过技术帮扶、人才培养等手段，发挥对基层的技术辐射和带动作用。鼓励医联体内统一管理模式，发挥集约优势，推进区域医疗资源共享，发挥科技引领与支撑作用，提高医疗服务体系整体能力与绩效。

便民惠民，群众受益。坚持以人民健康为中心，逐步实现医疗质量同质化管理，强化基层医疗卫生机构的居民健康“守门人”能力，推进慢性病预防、治疗、管理相结合，促进医联体建设与预防、保健相衔接，方便群众就近就医，减轻疾病负担，防止因病致贫返贫，促进健康产业发展和经济转型升级，增强群众获得感。

（三）工作目标。2017年，基本搭建医联体制度框架，全面启动多种形式的医联体建设试点，三级公立医院要全部参与并发挥引领作用，综合医改试点省份每个地市以及分级诊疗试点城市至少建成一个有明显成效的医联体。探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种方式，引导医联体内部初步形成较为科学的分工协作机制和较为顺畅的转诊机制。

到2020年，在总结试点经验的基础上，全面推进医联体建设，形成较为完善的医联体政策体系。所有二级公立医

院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体。不同级别、不同类别医疗机构间建立目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，建立责权一致的引导机制，使医联体成为服务、责任、利益、管理共同体，区域内医疗资源有效共享，基层服务能力进一步提升，有力推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。

二、逐步形成多种形式的医联体组织模式

各地要根据本地区分级诊疗制度建设实际情况，因地制宜、分类指导，充分考虑医疗机构地域分布、功能定位、服务能力、业务关系、合作意愿等因素，充分发挥中央、地方、军队、社会各类医疗资源作用，尊重基层首创精神，探索分区域、分层次组建多种形式的医联体，推动优质医疗资源向基层和边远贫困地区流动。根据社会办医疗机构意愿，可将其纳入医联体。

（一）在城市主要组建医疗集团。在设区的市级以上城市，由三级公立医院或者业务能力较强的医院牵头，联合社区卫生服务机构、护理院、专业康复机构等，形成资源共享、分工协作的管理模式。在医联体内以人才共享、技术支持、检查互认、处方流动、服务衔接等为纽带进行合作。

（二）在县域主要组建医疗共同体。重点探索以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的县乡一体化管理，与乡村一体化管理有效衔接。充分发挥县级医院的

城乡纽带作用和县域龙头作用，形成县乡村三级医疗卫生机构分工协作机制，构建三级联动的县域医疗服务体系。

（三）跨区域组建专科联盟。根据不同区域医疗机构优势专科资源，以若干所医疗机构特色专科技术力量为支撑，充分发挥国家医学中心、国家临床医学研究中心及其协同网络的作用，以专科协作为纽带，组建区域间若干特色专科联盟，形成补位发展模式，重点提升重大疾病救治能力。

（四）在边远贫困地区发展远程医疗协作网。大力发展面向基层、边远和欠发达地区的远程医疗协作网，鼓励公立医院向基层医疗卫生机构提供远程医疗、远程教学、远程培训等服务，利用信息化手段促进资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

城市与农村之间可以城市三级公立医院为主体单位，在已建立的长期稳定对口支援关系基础上，通过托管区域内县级医院等多种形式组建医联体，三级公立医院可向县级医院派驻管理团队和专家团队，重点帮扶提升县级医院医疗服务能力与水平。国家级和省级公立医院除参加属地医联体外，可跨区域与若干医联体建立合作关系，组建高层次、优势互补的医联体，开展创新型协同研究、技术普及推广和人才培养，辐射带动区域医疗服务能力提升。

三、完善医联体内部分工协作机制

（一）完善组织管理和协作制度。制定医联体章程，规

定主体单位与其他成员单位的责任、权利和义务，完善医疗质量管理等制度，提高管理效率。医联体可探索在医院层面成立理事会。

（二）落实医疗机构功能定位。医联体建立责任共担和利益分配机制，调动医联体内各医疗机构积极性，落实功能定位。三级医院逐步减少常见病、多发病、病情稳定的慢性病患者比例。基层医疗卫生机构和专业康复机构、护理院等为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。鼓励村卫生室根据当地群众就医需求，加强公共卫生和健康管理服务，做好疾病预防控制工作。

（三）扎实推进家庭医生签约服务。加强全科医生培养。以高血压、糖尿病等慢性病为重点，在医联体内加快推进家庭医生签约服务，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等重点人群，以需求为导向做实家庭医生签约服务，2017年要把所有贫困人口纳入签约服务范围。通过签约服务，鼓励和引导居民在医联体内到基层首诊，上级医院对签约患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。探索对部分慢性病签约患者提供不超过2个月用药量的长处方服务，有条件的地方可以根据双向转诊患者就医需求，通过延伸处方、集中配送等形式加强基层和上级医院用药衔接，方便患者就近就医取药。

（四）为患者提供连续性诊疗服务。鼓励护理院、专业康复机构等加入医联体。建立医联体内转诊机制，重点畅通向下转诊通道，将急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构继续治疗和康复，加强医疗卫生与养老服务相结合，为患者提供一体化、便利化的疾病诊疗—康复—长期护理连续性服务。

四、促进医联体内部优质医疗资源上下贯通

鼓励医联体内医疗机构在保持行政隶属关系和财政投入渠道不变的前提下，统筹人员调配、薪酬分配、资源共享等，形成优质医疗资源上下贯通的渠道和机制。

（一）促进人力资源有序流动。统一调配医技等资源，发挥现有资源的最大使用效率。医联体内统筹薪酬分配，充分调动医务人员积极性。鼓励医联体内二级以上医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术和管理人才。在医联体（包括跨区域医联体）内，医务人员在签订帮扶或者托管协议的医疗机构内执业，不需办理执业地点变更和执业机构备案手续。

（二）提升基层医疗服务能力。充分发挥三级公立医院牵头引领作用，针对区域内疾病谱和重点疾病诊疗需求，派出医务人员通过专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、科研和项目协作等多种方式，促进优质医疗资源共享和下沉基层。

（三）统一信息平台。加强规划设计，充分发挥信息系统对医联体的支撑作用，结合建立省、市、县三级人口健康信息平台，统筹推进医联体相关医院管理、医疗服务等信息平台建设，实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享，实现医联体内诊疗信息互联互通。医联体可以共享区域内居民健康信息数据，便捷开展预约诊疗、双向转诊、健康管理、远程医疗等服务，方便患者看病就医，提高医学科研技术水平。发挥远程医疗作用，促进医疗资源贴近城乡基层，探索实行远程医疗收费和支付政策，促进远程医疗服务可持续发展。

（四）实现区域资源共享。医联体内可建立医学影像中心、检查检验中心、消毒供应中心、后勤服务中心等，为医联体内各医疗机构提供一体化服务。在加强医疗质量控制的基础上，医联体内医疗机构间互认检查检验结果。探索建立医联体内统一的药品招标采购、管理平台，形成医联体内处方流动、药品共享与配送机制。

五、保障政策

（一）进一步落实政府办医主体责任。加大中央基建投资支持力度，加快补齐医联体发展短板，提高区域内疑难重病诊疗能力、县级医院综合能力以及远程医疗协作水平，推动医联体更好在基层发挥作用。地方各级人民政府要落实办医主体责任，落实公立医院投入政策，建立财政补助资金与

绩效评价结果挂钩机制。医联体内各医疗机构的产权归属保持不变，继续按照原渠道拨付财政补助经费。鼓励医联体通过技术支援、人才培养等方式，吸引社会办医疗机构加入并发挥作用。

（二）进一步发挥医保经济杠杆作用。发挥医保对医疗服务供需双方的引导作用。合理拉开基层医疗卫生机构、县级医院和城市大医院间报销水平差距，增强在基层看病就医的吸引力，引导参保患者有序就诊。探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种付费方式，并制定相应的考核办法，引导医联体内部形成顺畅的转诊机制，促使优质医疗资源下沉。

（三）完善人员保障和激励机制。按照“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”的要求，完善与医联体相适应的绩效工资政策，健全与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配激励机制。落实医院用人自主权，实行按需设岗、按岗聘用，建立能上能下、能进能出的灵活用人机制。创新人事管理制度，完善与医联体相适应的职称晋升办法，实行科学评价，拓展医务人员职业发展空间。

（四）建立与医联体相适应的绩效考核机制。强化考核和制度约束，建立医联体考核指标体系，重点考核医联体技

术辐射带动情况、医疗资源下沉情况等，不单纯考核业务量，要将三级医院医疗资源下沉情况、与基层医疗卫生机构协作情况以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等指标纳入考核体系，引导三级医院履行责任、完善措施，主动帮扶基层，切实发挥引领作用，引导各级各类医疗机构积极参与。将考核评价结果作为人事任免、评优评先等的重要依据，并与医务人员绩效工资、进修、晋升等挂钩。

六、组织实施

（一）加强组织领导。各地各有关部门要进一步提高思想认识，把医联体建设作为深化医改的重要内容和增进人民健康福祉的有力举措，切实加强组织领导，建立部门协调推进机制，完善配套措施，确保工作顺利开展。地方各级人民政府要抓紧制定适合本地区医联体建设的实施意见或方案，明确医联体建设目标及时间进度，按时、保质完成工作任务，2017年6月底前各省（区、市）都要明确推进医联体建设的工作方案，10月底前所有三级公立医院都要启动医联体建设工作。

（二）明确部门职责。各有关部门要加强统筹协调和联动互动，及时出台配套文件，发挥政策的叠加效应，保证改革措施有效落实，以医联体建设为抓手促进公立医院改革、医保支付方式改革、分级诊疗制度建设等体制机制创新。卫生计生行政部门和中医药管理部门要加强对医联体建设的

监管，明确医联体组织管理和分工协作制度，牵头制定相关技术文件。发展改革（价格）部门要完善医药价格政策。科技部门要会同卫生计生行政部门支持国家临床医学研究中心建设，促进医联体发展。财政部门要按规定落实财政补助政策。人力资源社会保障部门要加强医保医疗服务监管，推进医保支付方式改革，完善绩效工资分配机制。国家开发银行要发挥开发性金融“投贷债租证”综合金融服务优势，支持医联体及相关基础性建设。

（三）加强督查评估。国家卫生计生委要会同各有关部门通过调研、专项督查、定期评估等方式，及时掌握工作进展，指导各地有序推进医联体建设，保障医疗质量安全。要给各地改革探索留出空间，及时总结推广有益经验，发挥典型带动作用，调动地方积极性。各省级卫生计生行政部门要会同有关部门建立医联体效果评估机制和绩效考核方法，综合评估质量、安全、效率、经济与社会效益等因素，以强基层为重点，严格落实责任制和问责制，增强大医院帮扶基层和控制不合理医疗费用的动力。要坚持问题导向，防止和破解大医院垄断资源、“跑马圈地”、“虹吸”基层资源、挤压社会办医空间等问题。

（四）强化宣传培训。地方各级人民政府要开展医疗机构管理人员和医务人员的政策培训，进一步统一思想、形成共识。要充分发挥公共媒体作用，加强对分级诊疗和医联体

建设的宣传，提高社会认可度和支持度，引导群众改变就医观念和习惯，逐步形成有序就医格局。

国务院办公厅

2017 年 4 月 23 日

关于印发分级诊疗试点工作考核评价 实施方案的通知

国卫体改发〔2017〕54号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、医改办、发展改革委、财政厅（局）、人力资源社会保障厅（局）、中医药局，新疆生产建设兵团卫生局、医改办、发展改革委、财务局、人力资源社会保障局：

为进一步推进分级诊疗制度建设，按照《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）和《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发

[2015]70号)等有关文件要求,制定了《分级诊疗试点工作考核评价实施方案》。现印发给你们,请遵照执行。

国家卫生计生委

国务院医改办

国家发展改革委

财政部

人力资源社会保障部

国家中医药局

2017年10月18日

(信息公开形式:不予公开)

分级诊疗试点工作考核评价实施方案

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神,进一步推进分级诊疗制度建设,按照《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》(国发〔2016〕78号)和《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号)等有关文件的要求,制定本考核评价实施方案、评分表及指标解释。

一、评价目的

(一)掌握各试点地区分级诊疗工作进展情况和取得的成效,为全面推进分级诊疗制度建设和积累经验。

(二)掌握分级诊疗工作推进过程中存在的主要困难和问题,为完善分级诊疗制度建设相关政策提供客观依据。

(三)了解各地对推进分级诊疗制度建设的意见和建议。

二、主要评价指标

(一)分级诊疗服务体系相关指标。

- 1.医疗卫生资源配置情况。
- 2.县级和基层医疗卫生机构能力建设情况。
- 3.区域医疗资源共享情况。

(二)分级诊疗运行机制相关指标。

- 1.纳入政府绩效考核情况。

- 2.政府财政投入责任落实情况。
- 3.医疗服务价格调整与分级诊疗相衔接的情况。
- 4.医保相关政策制定及执行情况。
- 5.医联体建设情况。
- 6.家庭医生签约服务配套机制建设情况。

(三)分级诊疗实施效果相关指标。

- 1.基层就诊情况。
- 2.慢性病等重点人群管理情况。
- 3.合理转诊情况。

具体考核评价指标及评分标准附后。国家卫生计生委可根据分级诊疗工作进展情况,按年度对考核评价指标及评分标准进行动态调整。

三、评价方式

强化省级主体责任,以省级评价考核为主,国家有关部门组织复核。

(一)省级考核。自2017年起,由各省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团(以下统称省)严格依据分级诊疗试点工作考核评价指标开展全面考核评价,并根据得分情况,以城市为单位在本省范围内进行排名。各地须将本省分级诊疗推进情况报告、本省自查考核分数、各试点城市考核分数和排名以及相关佐证资料报送国家卫生计生委医政医管局。除相关佐证资料提供电子版外,其余材料须同时提供纸质版(加盖公章)和电子版。

(二)复核评估。国家卫生计生委组织相关部门、专家或委托第三方,对试点城市进行抽查复核,形成年度综合评估结果,按程序审核后以适当方式公开。

1.由国家卫生计生委及相关部门、省级卫生计生委及相关部门工作人员和有关专家组成复核评价组。请各省级卫生计生相关负责同志担任组长,按照统一安排,采取省间交叉复核的方式进行。

2.国家卫生计生委根据各省报送的评价考核结果,确定抽查的试点城市名单。

3.复核评价组认真研究、梳理各省报送的考核结果和材料,并赴各省及国家确定抽查的试点城市进行复核。

4.复核评价的方式包括听取汇报、现场检查、座谈交流、查阅资料、数据分析等,并依据评分标准量化打分。

四、评价结果应用

(一)根据复核结果,国家卫生计生委将对各试点城市评价考核得分和排名情况在一定范围内进行公示。

(二)对在分级诊疗工作中积极探索并取得突破、形成经验或纵向比较进步明显的试点城市,给予通报表彰。对工作进展滞后的试点城市,给予通报批评或者追责问责。

(三)逐步建立分级诊疗工作评价结果与区域医疗中心设置、重点专科建设等方面的挂钩机制。

五、加强统筹协调

(一)国家卫生计生委会同有关部门及时掌握分级诊疗工作推进和落实情况,督促各地加快工作进度和落实力度,作为衡量深化医改进展和成效的重要指标。

(二)国务院医改办将分级诊疗纳入深化医改监测及督导内容。

(三)各地要将分级诊疗作为深化医改的核心任务,以考促改,以评促建,推动地方各有关部门履职尽责,加快建立分级诊疗制度。

附件:1.分级诊疗试点工作考核评价指标评分表

2.分级诊疗试点工作考核评价相关指标解释

附件1

分级诊疗试点工作考核评价指标评分表
(共34项, 满分100分)

____省____市		____年____月____日					
一级指标	二级指标	序号	三级指标	分值	评分方法	得分数量	得分
1.分级诊疗服务体系相关指标 (11项 29分)	1.1医疗卫生资源配置情况 (3项9分)	1	区域卫生规划的制定和执行情况	3	制定区域卫生规划, 得1分; 基层医疗卫生机构、社会办医疗机构符合规划标准, 得1分; 公立医院数量和结构符合所在地卫生规划, 得1分。	各试点城市汇总提供, 通过卫生计生统计年报和相关数据进行确认。	
		2	基层医疗卫生机构建设达标率*	3	基层医疗卫生机构建设达标率达到99%, 得3分; 在89%-99%之间, 得1分。	各试点城市汇总提供, 现场核实确认。	
		3	县級医疗卫生机构等级达标率*	3	30万以上人口县拥有至少一所二級甲等综合医院和一所二級甲等中医院, 得3分。	各试点城市汇总提供, 现场核实确认。	

1.1分设评价指标体系相关要求（11项29分） 1.2最低标准是医疗卫生机构能力建设情况（4项9分）	4 每万名城市居民拥有的全科医生数。 5 每个设区城市拥有全科医生数。 6 设区医院的基层医疗卫生机构占比。 7 基层医疗卫生机构中全科医生占比。	2 2 3 1	每万名城市居民拥有的全科医生数达到 2名以上，得2分；在1.8-2之间，得1分。 每个设区城市拥有1名以上全科医生，得2分；至少拥有1名全科医生的乡镇卫生院占比达到90%，得1分。 每个设区城市拥有1名及以上基层全科医生比例（3+2）或全科医生在医疗卫生机构占比（5+3）合格全科医生，加1分。 提供中医药服务的社区卫生服务机构占比达到100%，得1分。 提供中医药服务的基层医疗卫生机构占比达到100%，得1分。 提供中医药服务的社区卫生服务机构占比达到85%，得1分。 提供中医药服务的社区卫生服务机构占比达到70%，得1分。	各设区城市汇总提供，现场核实确认。 各设区城市汇总提供，现场核实确认。 各设区城市汇总提供，现场核实确认。 各设区城市汇总提供，现场核实确认。	

1.分设诊疗服务体系相关指标 (11项29分)	1.3区域医疗资源共享情况 (4项11分)	8	二、三级以上医院由基层开放区管理信息资源。	2	整合二、三级以上医院检验、影像、病理诊断、消毒供应等资源共享并开放。每整合开放一类资源得0.5分，最高得2分。	相关文件资料，现场核实。	
		9	台查检验结果互认。	2	在区域医疗检测机构间实现检验结果互认，得1分。	相关文件资料，现场核实。	
		10	基层医院医疗服务覆盖试点地区范围。	3	远郊医疗服务覆盖试点地区50%以上的是（中、上），得3分；覆盖45-50%，得1分。	相关文件资料，现场核实。	
		11	乡镇诊疗信息管理系统覆盖范围。	4	整合完善乡镇诊疗信息管理系统，覆盖全部二、三级医院，全部三级医院，80%以上的乡镇卫生院，80%以上的社区卫生中心服务站得1分。	各试点城市汇总提供，现场核实确认。	
2.分设诊疗运行机制相关指标 (17项45分)	2.1纳入政府绩效考核 (1项2分)	12	将分设诊疗纳入政府绩效考核内容。	2	将分设诊疗作为深化医改的核心任务，纳入对县政府的绩效考核中，得2分。	各试点城市汇总提供，现场核实确认。	
		13	落实政府财政投入责任。	3	按规定落实对基层医疗卫生机构的经费补助，得3分。	各试点城市汇总提供，现场核实确认。	
		14	合理提高公立医疗机构诊疗、手术、床位、护理、中医等医疗服务价格。	2	按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，合理提高公立医疗机构诊疗、手术等体现医务人员技术劳务价值的服务项目价格，得2分。	各试点城市汇总提供，通过财务年报等相关数据核实确认。	
		15	2.2医疗服务价格调整与分设诊疗相衔接 (1项2分)			医疗服务价格调整相关文件，现场核实确认。	

2.4医保相关政策法规及执行 (4项9分)	15	支付方式改革覆盖范围	2	医保支付方式改革覆盖所有公立区医院，得2分；其他情况按覆盖公立区医院比例得分。	实施改革的区院数量和名单，现场核实确认。
	16	实行按病种付费的病种数	4	试点城市实行按病种付费的病种数 > 100个，得2分；其余按试点城市的病种数七折得分。 试点城市实行按病种付费的病种数 > 100个，得2分；其余按试点城市的病种数七折得分。	各试点城市公立区医院实际按病种付费的病种目录表和数量，现场核实确认。
	17	医保基金总额控制情况	2	按照分档支付总额情况，总额控制指标未高于卫生机构总额预算，得2分。	相关文件资料，现场核实确认。
	18	连续计算医保基金起付线	1	符合规定的特殊住院患者可以连续计算起付线，扣1分。	医保政策文件，现场核实确认。
2.5医保体系建设 (4项10分)	19	医保体系建设情况	2	明确医保体系建设的工作方案，得1分。 明确医保体系内促进医疗资源融合和下沉的考核激励机制，得1分。 探索对具有合作的医疗联合体实行医保总额付费，扣1分。	相关文件资料，现场核实确认。
	20	医保体系建设内运行情况	4	三级公立区医院全部参与医疗联合体建设，得2分。 综合医院或民营的每个科室以及分院均与试点城市至少建成一个资源共享、分工协作、有明显成效的联合体，得2分；否则，扣2分。 鼓励护理院、康复医院、社会力量举办医疗机构等加入联合体，扣1分。	相关文件资料，现场核实确认。
	21	上级医院对基层提供优先接诊、优先检查、优先用药等服务	2	上级医院对基层患者提供优先接诊，优先检查，优先用药等服务，扣2分。	服务协议等制度文件资料，现场核实确认。
	22	建立对口帮扶机制	2	全部社区卫生服务中心与二、三级医院建立确定专业技术帮扶和分工协作关系，得1分；95%及以上的社区卫生服务中心建立确定关系，得1.5分。 全部三级区医院与二、三级医院建立确定专业技术帮扶和分工协作关系，得1分；95%及以上的三级区医院建立确定关系，得0.5分。	相关文件资料，现场核实确认。

3.分设诊疗实施 效果相关指标 (4项 26分)	3.1基层就诊情 况 (3项15分)	29	基层医疗卫生机构诊疗量 占比。	10	基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例达到 40% 以上。 得10分；在40%-65%之间，得8分；在35%-60%之间，得5分； 在50%-55%之间，得3分。	各试点城市汇总提供， 通过卫生计生统计年报 相关数据核实确认。	
		30	居民2周患病首诊基层医 疗卫生机构的比例*。	2	居民2周患病首诊基层医疗卫生机构的比例达到 70% 以上。 得2分；在65%-70%之间，得1分。	各试点城市汇总提供， 通过卫生计生统计年报 相关数据核实确认。	
		31	县域内就诊率*。	3	县域内就诊率达到 90% 以上，得3分；在 85%-90%之间，得 1分。	各试点城市汇总提供， 现场核实确认。	
	3.2慢性病患者 点人群管理情 况 (2项8分)	32	重点疾病患者的规范化管理 和管理率。	3	高血压患者规范化管理率达到 40% 以上，得1分；在 35%-40%之间，得0.5分。 糖尿病患者规范化管理率达到 40% 以上，得1分；在 35%-40%之间，得0.5分。 肺癌初期患者规范化管理率达到 90% 以上，得1分；在 80%- 90%之间，得0.5分。	各试点城市汇总提供， 通过卫生计生统计年报 相关数据核实确认。	
		33	家庭医生签约服务覆盖重点 人群覆盖率。	6	家庭医生签约服务覆盖率达到 30% 以上，得3分；30% 以下 每差1个百分点扣0.5分，扣完为止。 重点人群签约服务覆盖率达到 60% 以上，得3分；60% 以下 每差1个百分点扣0.5分，扣完为止。 建档立卡贫困人口签约服务覆盖率达到 100%，得1分。 计划生育免费孕前检查服务覆盖率达到 100%，加1分。	常住人口数，家庭医生 签约服务人数，高血压 、糖尿病患者重点人群 数，家庭医生签约服务 向重点人群数，现场核 实确认。	
	3.3合理就诊情 况 (1项2分)	34	分级诊疗上转及下转患者 情况。	2	基层医疗卫生机构上转患者控制在合理范围内，得1分。 由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病患者机构转 诊的人数年增长率达到 10% 以上，得1分；在 8%-10%之 间，得0.5分。	各试点城市汇总提供转 诊记录等支撑资料，现 场核实确认。	

注：“指”的是在《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）中提出的15项具体指标。

附件 2

分级诊疗试点工作考核评价相关指标解释

1.基层医疗卫生机构建设达标率。指统计时间点,达到建设标准的基层医疗卫生机构总数占基层医疗卫生机构总数的比例。基层医疗卫生机构建设应当符合以下要求:《关于下发〈医疗机构基本标准(试行)〉的通知》(卫医发[1994]第 30 号)、《关于印发县医院、县中医院、中心乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心等 5 个基层医疗卫生机构建设指导意见的通知》(卫办规财〔2009〕98 号)、《关于批准发布〈乡镇卫生院建设标准〉》(建标〔2008〕142 号)、《关于印发乡镇卫生院中医科基本标准的通知》(国中医药发〔2010〕3 号)、《关于批准发布〈社区卫生服务中心、站建设标准〉的通知》(建标〔2013〕62 号)、《关于印发〈村卫生室管理办法(试行)〉》的通知(国卫基层发〔2014〕33 号)以及各省结合实际制定的分类达标标准。计算公式如下:

$$\text{基层医疗卫生机构建设达标率} = \frac{\text{达到建设标准的基层医疗卫生机构总数}}{\text{基层医疗卫生机构总数}} \times 100\%$$

2.县级医疗机构等级达标率。指统计时间点,区域内 30 万人口以上的县,其中拥有至少一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院的占县总数的比例。计算公式如下:

$$\text{县级医疗机构等级达标率} = \frac{\text{30 万人口以上且拥有至少一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院的县数}}{\text{30 万人口以上的县总数}} \times 100\%$$

3.每万名城市居民拥有全科医生数。指统计时间点,区域内每万名城市居民(按户籍人口计算)拥有全科医生(执业范围注册为全科的临床和中医类别执业或助理医师)平均数量。计算公式如下:

$$\text{每万名城市居民拥有全科医生数} = \frac{\text{区域内全科医生总数}}{\text{区域内城市户籍居民总数}} \times 10000$$

4.至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院占比。指统计时间点,区域内至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院数占政府办乡镇卫生院总数的比例。计算公式如下:

$$\text{至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院占比} = \frac{\text{至少拥有 1 名全科医生的政府办乡镇卫生院数}}{\text{同期政府办乡镇卫生院总数}} \times 100\%$$

5.提供中医药服务的社区卫生服务中心占比。指统计时间点,区域内能够提供中医药服务的社区卫生服务中心占社区卫生服务中心总数的比例。社区卫生服务中心提供中医药服务是指配备中医类别医师,配置中医诊疗设备,运用中药饮片等 6 种以上中医药技术方法,开展常见病多发病基本医疗和预防保健服务。计算公式如下:

$$\text{提供中医药服务的社区卫生服务中心占比} = \frac{\text{提供中医药服务的社区卫生服务中心数}}{\text{同期社区卫生服务中心总数}} \times 100\%$$

6.提供中医药服务的乡镇卫生院占比。指统计时间点,区域

内能够提供中医药服务的乡镇卫生院占乡镇卫生院总数的比例。乡镇卫生院提供中医药服务是指配备中医类别医师,配置中医诊疗设备,运用中药饮片等6种以上中医药技术方法,开展常见病多发病基本医疗和预防保健服务。计算公式如下:

$$\text{提供中医药服务的乡镇卫生院占比} = \frac{\text{提供中医药服务的乡镇卫生院数}}{\text{同期乡镇卫生院总数}} \times 100\%$$

7.提供中医药服务的社区卫生服务站占比。指统计时间点,区域内能够提供中医药服务的社区卫生服务站占社区卫生服务站总数的比例。社区卫生服务站提供中医药服务是指配备中医类别医师或能够按照规定提供中医药服务的临床类别医师,配置中医诊疗设备,运用中药饮片或中医非药物治疗,开展常见病多发病基本医疗和预防保健服务。计算公式如下:

$$\text{提供中医药服务的社区卫生服务站占比} = \frac{\text{提供中医药服务的社区卫生服务站数}}{\text{同期社区卫生服务站总数}} \times 100\%$$

8.提供中医药服务的村卫生室占比。指统计时间点,区域内能够提供中医药服务的村卫生室占村卫生室总数的比例。村卫生室提供中医药服务是指配备中医类别医师或能够按照规定提供中医药服务的临床类别医师、乡村医生,配置中医诊疗设备,运用中药饮片或中医非药物治疗,开展常见病多发病基本医疗和预防保健服务。计算公式如下:

$$\text{提供中医药服务的村卫生室占比} = \frac{\text{提供中医药服务的村卫生室数}}{\text{同期村卫生室总数}} \times 100\%$$

9.基层医疗卫生机构中医诊疗量占比。指统计时段内,区域

内基层医疗卫生机构中医诊疗人次数占同类医疗机构诊疗总人次数的比例。计算公式如下：

$$\text{基层医疗卫生机构中医诊疗量占比} = \frac{\text{基层医疗卫生机构中医诊疗人次数}}{\text{同期基层医疗卫生机构总诊疗人次数}} \times 100\%$$

10.远程医疗服务覆盖率。指统计时间点，区域内县级医院或二级以上医疗机构与上级医疗机构建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县(市、区)占比。开展远程医疗服务应当符合《国家卫生计生委关于推进医疗机构远程医疗服务的意见》(国卫医发〔2014〕51号)有关要求。计算公式如下：

$$\text{远程医疗服务覆盖率} = \frac{\text{建立远程医疗服务系统并开展远程医疗服务的县(市、区)}}{\text{县(市、区)总数}} \times 100\%$$

11.分级诊疗信息系统覆盖率。指统计时间点，区域内建立分级诊疗信息系统的医疗机构占同级医疗机构的比例。分级诊疗信息系统能够实现转诊医疗机构间患者关键信息(转诊信息和病人就诊基本信息)共享。计算公式如下：

$$\text{分级诊疗信息系统覆盖率} = \frac{\text{建立分级诊疗信息系统的医疗机构数}}{\text{同级医疗机构总数}} \times 100\%$$

12.对口帮扶覆盖率。指统计时间点，区域内与一、三级医院建立起稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院占比。以签订帮扶协议为准。计算公式如下：

$$\text{对口帮扶覆盖率} = \frac{\text{与一、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系的社区卫生服务中心、乡镇卫生院数}}{\text{同期社区卫生服务中心、乡镇卫生院总数}} \times 100\%$$

13.基层医疗卫生机构诊疗量占比。指统计时段内,基层医疗卫生机构诊疗人次数占同期各级医疗机构总诊疗人次数的比例。计算公式如下:

$$\text{基层医疗卫生机构诊疗量占比} = \frac{\text{基层医疗卫生机构诊疗人次数}}{\text{同期总诊疗人次数}} \times 100\%$$

14.居民2周患病首选基层医疗卫生机构的比例。指统计时段内,区域内居民发病2周内就诊首选基层医疗卫生机构的比例。参考国家卫生服务调查相关结果。

15.县域内就诊率。指统计时段内,县域内人口留在县域内(统筹区域)县级医院和基层医疗卫生机构住院治疗的比例。数据可来源于医保和新农合统计。计算公式如下:

$$\text{县域内就诊率} = 1 - \frac{\text{县域(统筹区域)内住院患者转出人次数}}{\text{同期县域(统筹区域)内患者住院总人次数}} \times 100\%$$

16.城市高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率。指统计时间点,区域内进行规范化诊疗和管理的高血压、糖尿病患者占已纳入高血压、糖尿病慢病管理总人数的比例。高血压、糖尿病患者规范化诊疗是指按照《关于做好高血压、糖尿病分级诊疗试点工作》(国卫办医函〔2015〕1020号)有关要求,依据高血压、糖尿病分级诊疗服务技术方案开展的规范化诊疗服务。慢性病规范管理是指按照2017年印发的《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》要求,为患者建立高血压、糖尿病管理档案,提供1年4次随访并有相应随访记录。计算公式如下:

$$\text{城市高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率} = \frac{\text{规范化诊疗和管理的高血压、糖尿病患者数}}{\text{纳入高血压、糖尿病慢病管理的总人数}} \times 100\%$$

17.肺结核患者规范管理率

指统计时间点,基层医疗卫生机构对辖区内进行了规范健康管理的肺结核患者占辖区需要管理患者总数的比例。需要管理的患者是指经上级定点医疗机构确诊并通知基层医疗卫生机构管理的肺结核患者。规范健康管理是指按照 2015 年印发《国家基本公共卫生服务规范》有关结核病管理的要求,对需管理的患者进行了首次入户,并具有第一次入户随访记录,同时在患者治疗期间每月至少有 1 次随访和相应的随访记录。计算公式如下:

$$\text{肺结核患者规范管理率} = \frac{\text{辖区内进行了规范健康管理的肺结核患者数}}{\text{辖区内需要管理的肺结核患者数}} \times 100\%$$

18.家庭医生签约服务覆盖率。指统计时间点,区域内已签约家庭医生服务人数占常住人口总数的比例。计算公式如下:

$$\text{家庭医生签约服务覆盖率} = \frac{\text{家庭医生签约服务人数}}{\text{同期常住人口总数}} \times 100\%$$

19.分级诊疗下转患者年增长率。指按年度统计,区域内由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊(下转)人数的增长率。计算公式如下:

$$\text{分级诊疗下转患者年增长率} = \frac{\text{本年度下转患者数} - \text{上年度下转患者数}}{\text{上年度下转患者数}} \times 100\%$$

国家卫生计生委办公厅

2017 年 12 月 8 日印发

校对：秦 坤

关于印发医疗联合体综合绩效考核 工作方案（试行）的通知

国卫医发〔2018〕26号

为加快推进医疗联合体（以下简称医联体）建设，建立与医联体相适应的绩效考核机制，按照《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）等文件精神，制定本方案。

一、总体要求

（一）指导思想。全面贯彻党的十九大和健康中国战略，坚持以问题和需求为导向，深化供给侧结构性改革，加快推进医联体建设，助力构建分级诊疗制度。建立促进优质医疗资源上下贯通的考核和激励机制，引导三级医院履行责任、完善措施，主动帮扶基层，切实发挥引领作用，充分调动各级各类医疗机构参与医联体建设的积极性。

（二）基本原则。

公益导向，服务大局。以满足人民群众基本医疗服务需求为出发点，服务于深化医药卫生体制改革全局。通过合理设定绩效考核指标，强化考核和制度约束，推动落实公立医院的公益性，建立起引导公立医院主动下沉资源、与基层医疗卫生机构分工协作的机制。

科学评价，客观公正。重点考核医联体技术辐射带动情况等，综合考虑三级医院医疗资源下沉情况、基层服务能力提升情况、居民健康改善情况和服务对象满意度等因素，定量与定性相结合，横向与纵向相结合，建立科学合理的考核办法和指标体系。规范考核程序、内容和标准，保证考核过程公开透明。加大信息化手段在绩效考核中的应用。

激励约束，有效引导。加强考核结果利用，充分发挥绩效考核的激励、导向作用，逐步将考核评价结果作为人事任免、评优评先等的重要依据，并与医务人员绩效工资、进修、晋升等挂钩，有效调动医院和医务人员参与医联体建设的积极性。

二、组织管理

国家卫生健康委与国家中医药局等有关部门负责制订医联体综合绩效考核相关工作方案并组织实施，建立完善医联体综合绩效考核相关制度，组织对各地医联体综合绩效考核工作开展情况进行监督、指导。

各省级卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）会同有关部门组织实施医联体综合绩效考核工作，组建专家组，细化具体考核方案，明确考核程序与工作安排，对区域内医联体建设推进情况进行指导、监督，定期报告工作进展。各地市级卫生健康行政部门会同有关部门组织实施本区域医联体综合绩效考核工作。

牵头组建医联体的三级医院应当成立综合绩效考核工作小组，由院长任组长，分管院长任副组长，医务管理、护理管理、人事教育和经济管理等部门负责人，以及医联体成员单位负责人任成员，负责制订本医联体综合绩效考核方案并组织实施。完善相关管理制度，组织对本医联体综合绩效进行评估，定期向相关卫生健康行政部门上报数据信息。

三、考核工作安排

（一）建立与医联体相适应的绩效考核指标体系。 各省级卫生健康行政部门会同有关部门按照《医联体综合绩效考核指标体系》（以下简称《指标体系》，见附件 1、2）要求，结合当地医疗实际情况，分别细化考核指标体系，加强对地市推进医联体建设的考核。按照推动分级诊疗制度建设和以基层为重点的目标，建立指标权重动态调整机制，明确指标的衡量标准和评分标准，充分发挥指标的导向作用，可对指标进行必要的增补。国家卫生健康委根据医联体建设工作进展情况，适时对考核评价指标体系进行动态调整。

1.医联体综合绩效考核。

（1）建立完善医联体运行机制情况。 主要围绕形成责权利明晰的运行机制进行考核。要求医联体细化完善内部管理措施，统筹技术支持、人员调配、薪酬分配、资源共享、利益分配等，形成责权利明晰、优质医疗资源上下贯通的渠道和机制。

（2）医联体内分工协作情况。主要围绕医联体内部各医疗机构建立分工协作关系进行考核。要求牵头医院加强与基层医疗卫生机构的协作，吸纳康复医院、护理院等不同功能医疗机构参加医联体，形成错位发展模式，建立医联体双向转诊机制，为患者提供诊断-治疗-康复-护理全生命周期、全流程健康服务。

（3）区域资源共享情况。主要围绕医联体推进区域医疗资源共享进行考核。探索建立统一信息平台，逐步实现医联体内诊疗信息互联互通。建立医学影像中心、检查检验中心、消毒供应中心、后勤服务中心等，为医联体内各医疗机构提供一体化服务。在加强医疗质量管理的基础上，开展医联体内医疗机构间检查检验结果互认，以及长处方、延伸处方服务。

（4）发挥技术辐射作用情况。针对区域内疾病谱和重点疾病诊疗需求，医联体内通过专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、科研和项目协作等多种方式，帮助医联体内其他机构开展新技术、新项目，提升基层医疗服务能力。加强区域内医疗质量管理，提升区域内医疗质量同质化水平。

（5）可持续发展情况。建立医联体利益共享机制，促使医联体向紧密型协作方向发展，形成保障医联体持续发展的动力机制。

2.配套政策落实情况考核。重点考核医联体相关配套政策落实情况，以及医联体建设成效。

（1）统筹规划情况。以城市和县域为重点，根据区域医疗资源结构布局和群众健康需求，统筹安排医疗机构组建医联体，形成规模适宜、功能互补的医联体。

（2）配套政策落实情况。加强与相关部门沟通协调，推动落实公立医院投入政策，建立财政补助资金与绩效评价结果挂钩机制。探索对城市医疗集团和县域医共体实行医保总额付费，并制定相应的考核办法。完善人员保障和激励机制，建立与医联体相适应的绩效考核机制。推动出台远程医疗收费和报销政策。加强基层医疗卫生机构与上级医院的药品目录衔接。

（3）居民健康改善情况。主要围绕居民健康情况、患者满意度进行考核。通过医联体建设，规范慢性病患者管理，为患者提供连续性诊疗服务，改善群众看病就医体验，增强群众获得感。

（二）建立公平公正的考核程序。各省级、地市级卫生健康行政部门可结合本地实际，会同有关部门组织开展医联体综合绩效考核工作，可按照半年和年度进行，每年至少进行一次综合考核。鼓励基于省、地市两级全民健康信息平台，充分利用现有业务信息系统，建立医联体绩效考核信息系统，利用信息化手段，采集客观数据开展考核评估工作。

1.医院自查自评。按照工作安排，辖区内各医联体牵头医院对照《医联体综合绩效考核自评报告框架》（附件3）要求，对本院该时间段内医联体建设情况进行总结分析，并形成自评报告。

2.报送数据信息。基于省、地市两级全民健康信息平台，建立数据报送信息系统，相关医联体牵头医院按照要求，将综合绩效考核自评报告、考核指标数据等资料通过信息系统实时或者定期上传至上级卫生健康行政部门。

3.综合绩效考核。地市级卫生健康行政部门可单独或与省级卫生健康行政部门组织专家组，针对医院上报的数据信息及其他相关材料，利用信息化手段进行集中评价。为保证医院上报数据信息的真实性，必要时可对数据信息进行有因现场抽查。省级卫生健康行政部门按照《指标体系》（附件1）要求，对地市级卫生健康行政部门工作落实情况进行考核，并汇总全省数据信息。

4.考核结果反馈。在对医院上报信息做好集中评价的基础上，将考核评估结果及时反馈给各医院，并以适当形式在一定范围内对医联体综合绩效考核情况予以公示。

5.督促落实整改。相关医联体牵头医院要认真按照综合绩效考核结果反馈的情况进行整改落实。地市级卫生健康行政部门要积极做好医院的整改指导和督促工作，加强部门协调，落实配套支持政策。

（三）合理应用绩效考核结果。

1.建立绩效考核结果沟通反馈制度。及时对医院取得的成绩和存在的问题进行反馈，考核结果优秀的予以适当奖励，存在突出问题的要进行通报，并限期整改。

2.逐步建立绩效考核结果公示制度。注重对综合绩效考核结果的量化分级，建立考核信息报告和发布制度，以适宜的方式公布绩效考核结果，促进医院持续加强医联体建设。

3.逐步建立与绩效考核相挂钩的奖惩制度。要积极联合财政、人力资源社会保障部门，充分发挥绩效考核的激励、导向作用，将考核评价结果作为人事任免、评优评先等的重要依据，并与医院等级评审、国家临床重点专科建设、国家医学中心和国家区域医疗中心设置工作等挂钩，有效调动医院及医务人员积极性。

四、工作要求

（一）加强组织领导，做好制度设计。开展医联体综合绩效考核是推进医联体建设、构建分级诊疗制度的重要内容，是促进优质医疗资源上下贯通，引导公立医院主动帮扶基层、履行社会责任、彰显公益性的重要手段。各级卫生健康行政部门要充分认识其重要意义，切实加强组织领导，建立部门协调推进机制，做好顶层设计，确保工作顺利开展。

（二）明确目标责任，务求工作实效。各级卫生健康行政部门要制订切实可行的实施方案，明确目标任务和时间进

度，要加强对辖区内各牵头医院开展医联体综合绩效考核工作的指导。各牵头医院要逐步完善与医联体相适应的科室、人员绩效考核制度并严格执行。

（三）创新管理手段，加强结果反馈。各级卫生健康行政部门要进一步创新管理思路，充分利用信息化手段开展医联体综合绩效考核工作。逐步建立医联体综合绩效定期考核制度和相关数据信息定期报送制度。加强考核结果的反馈，做好结果的解读和使用，有效引导各级医疗机构积极参与医联体建设。

- 附件：1.医联体综合绩效考核指标体系（行政部门）
2.医联体综合绩效考核指标体系（医联体）
3.医联体综合绩效考核自评报告框架

附件 1

医联体综合绩效考核指标体系

(行政部门)

一级指标	二级指标	序号	三级指标
1.组织实施	1.1 政策制定	1	医联体建设的工作方案出台情况（定性）
	1.2 规划实施	2	制定区域医联体建设规划，形成适宜规模、功能互补的医联体网格化布局（定性）
		3	区域内启动医联体建设工作的三级公立医院比例
		4	区域内社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院参与医联体建设的占比
		5	参与医联体建设的社会力量举办医疗机构、护理院、康复医院
		6	医保差异化报销实施情况（定性）
	1.3 配套政策	7	制定医联体内部利益共享机制的指导意见或制度（定性）
		8	制定远程医疗收费标准等（定性）
	1.4 人员激励	9	落实“两个允许”，制定与医联体相适应的绩效工资政策（定性）
	1.5 考核激励	10	促进医疗资源整合和下沉的考核和激励机制建立情况（定性）
2.分工协作	2.1 建立协作制度	11	制定明确医联体核心医院与其他成员单位的责、权、利关系的指导意见或制度（定性）
		12	制定指导医联体建立医疗质量管理、双向转诊标准与程序的文件或制度（定性）
	2.2 推进家庭医生签约服务	13	明确签约服务内容（定性）
		14	人群签约率
		15	落实为慢性病签约患者开展健康教育指导，实施长处方、延伸处方等便民政策（定性）
	2.3 连续性医疗服务	16	制定指导医联体为患者提供诊疗-康复-长护连续性服务的文件或制度（定性）
		17	出台上级医院对转诊患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务相关指导意见（定性）

3.医疗资源上下贯通	3.1 人力资源有序流动	18	落实医务人员在医疗集团、医共体内不需办理执业地点变更和执业机构备案手续（定性）
	3.2 基层帮扶	19	制定鼓励医联体专科共建、业务指导、科研和项目协作等的指导意见或制度（定性）
	3.3 统一信息平台	20	区域内电子健康档案和电子病历的连续记录实现情况（定性）
		21	区域内居民健康信息共享情况（定性）
	3.4 区域资源共享	22	制定促进医联体内影像、检查检验、消毒供应和后勤服务中心等资源共享的指导意见或制度
		23	实现医联体内检查检验结果互认的机构数量
4.效率效益	4.1 居民健康改善	24	婴儿死亡率
		25	孕产妇死亡率
		26	高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率
	4.2 资源下沉	27	医联体内二级以上医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术/管理人才的人次数
		28	基层医疗卫生机构诊疗量占比及增长率
	4.3 双向转诊	29	基层医疗机构上转病人例数及其占比
		30	由二、三级医院向基层医疗卫生机构、接续性医疗机构下转病人例数及其占比
		31	对下级医疗机构健康教育工作指导情况（定性）
	4.4 能力提升	32	县域内就诊率
		33	牵头医院帮助基层医疗机构开展新技术、新项目的数量
		34	核心医院帮扶基层医疗机构专科建设的情况（定性）
		35	基层医务人员去上级医院学习进修的人次数
	4.5 效率提升	36	三级医院平均住院日及近三年的变化情况
		37	基层医疗机构床位使用率及近三年的变化情况
	4.6 经济负担	38	基层医疗机构门诊患者次均费用及三年变化趋势
		39	医院门诊、住院患者人均费用及三年变化趋势

附件 2

医联体综合绩效考核指标体系

（医联体）

一级指标	二级指标	序号	三级指标
1.组织实施	1.1 完善制度	1	医联体建设的实施方案出台情况（定性）
	1.2 规划实施	2	医联体组成情况
		3	区域内社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院参与医联体建设的数量
		4	参与医联体建设的社会力量举办医疗机构、护理院、康复医院数量
	1.3 人员激励	5	制定与医联体相适应的绩效工资政策（定性）
	1.4 考核激励	6	医联体内促进医疗资源整合和下沉的考核和激励机制建立情况（定性）
2.分工协作	2.1 建立协作制度	7	制定医联体章程或协议，明确各成员单位的责、权、利关系
		8	医联体建立医疗质量同质化管理制度（定性）
		9	医联体建立双向转诊标准与程序（定性）
	2.2 连续性医疗服务	10	为患者提供诊疗-康复-长护连续性服务（定性）
		11	上级医院对转诊患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务（定性）
3.医疗资源上下贯通	3.1 基层帮扶	12	医联体内上级医院派医务人员开展专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、科研和项目协作等业务情况（定性）
	3.2 统一信息平台	13	医联体内电子健康档案和电子病历的连续记录实现情况（定性）
		14	医联体内居民健康信息共享情况（定性）
	3.3 区域资源共享	15	医联体内影像、检查检验、消毒供应和后勤服务中心等共享及区域内建设情况（定性）
		16	实现医联体内检查检验结果互认的机构数量及占比

4.效率效益	4.1 资源下沉	17	医联体内二级以上医疗机构向基层医疗卫生机构派出专业技术/管理人才的人次数及占比
		18	基层医疗卫生机构诊疗量占比及增长率
	4.2 双向转诊	19	基层医疗机构上转病人例数及其占比
		20	由二、三级医院向下级医疗卫生机构、接续性医疗机构下转病人例数及其占比
	4.3 辐射带动	21	牵头医院帮助下级医疗机构开展新技术、新项目的数量
		22	牵头医院帮扶下级医疗机构专科建设的情况（定性）
		23	基层医务人员去上级医院学习进修的人次数
		24	帮扶下级医疗机构提升管理能力情况（定性）
	4.4 能力提升	25	牵头医院门诊、住院、手术量变化及患者病种分布
		26	牵头医院住院患者急、危重症患者比例
		27	牵头医院三、四级手术占比
		28	牵头中医院中药和中医医疗技术使用和变化情况（牵头单位为中医院时考核）
		29	成员单位门诊、住院、手术量变化及患者病种分布
	4.5 效率提升	30	医联体内牵头医院平均住院日及近三年的变化情况
		31	基层医疗机构床位使用率及近三年的变化情况
	4.6 经济负担	32	基层和医院患者病人次均费用及三年变化趋势
		33	医院住院患者人均费用及三年变化趋势
5.可持续发展	5.1 利益共享	34	医联体内建立利益共享机制（定性）
	5.2 明确责任	35	制定医联体章程，明确核心医院与其他成员单位的责、权、利（定性）
	5.3 满意度	36	患者（门诊、在院、出院）满意度
		37	医务人员满意度

医联体综合绩效考核自评报告框架

一、基本情况

主要包括牵头医院医联体建设基本情况、医联体组织管理模式、主要做法，以及医院落实配套措施的情况等。尽量以客观数据、典型事例（如帮扶基层医疗机构开展新技术、新项目等）加以说明。

二、自评情况

牵头医院逐条对照《指标体系》开展自评：

（一）医联体整体绩效考核。

- 1.建立完善医联体运行机制情况。
- 2.医联体内分工协作情况。
- 3.区域资源共享情况。
- 4.基层服务能力提升情况。
- 5.可持续发展情况。

（二）医联体牵头单位绩效考核。

- 1.落实医疗机构功能定位情况。
- 2.发挥技术辐射作用情况。
- 3.医疗资源上下贯通情况。

阐述各项指标的完成情况、取得的成效和存在的问题。

三、工作计划、困难与建议

至少包括医院建设医联体的下一步工作目标、重点工作任务，存在的问题与应对措施，推进医联体建设相关建议与要求等。

关于进一步做好分级诊疗制度建设 有关重点工作的通知

国卫医发〔2018〕28号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生计生委、中医药管理局：

2015年和2017年，国务院办公厅分别印发了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）和《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）。按照党中央、国务院决策部署，各地将分级诊疗制度建设作为解决人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾的重要抓手，会同有关部门加快推进，取得良好效果。为进一步推进分级诊疗制度建设，现就做好当前几项重点工作通知如下：

一、加强统筹规划，加快推进医联体建设

各级卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）要统筹区域内医疗资源，根据医疗服务需求科学规划、布局医联体。组建城市医疗集团和县域医共体以规划为主，主要发挥地市级医院和县医院（含县中医院，下同）的牵头作用。组建专科联盟和远程医疗协作网要充分调动医疗机构积极

性，重点发挥国家级和省级医院专科优势，辐射和带动区域内、区域间医疗服务能力提升和医疗服务同质化。在规划布局医联体过程中，要将社会力量举办医疗机构纳入医联体，对于具备条件的社会力量举办医疗机构，也可以牵头组建医联体。

（一）网格化布局组建城市医疗集团和县域医共体。各级卫生健康行政部门要按照“规划发展、分区包段、防治结合、行业监管”的原则，以设区的地市和县域为单位，将服务区域按照医疗资源分布情况划分为若干个网格，每个网格由一个医疗集团或者医共体负责。三级医院和康复、护理等慢性病医疗机构可以跨网格提供服务，检查检验、消毒供应、特殊临床专科技术等可以区域内资源共享。医疗集团和医共体为网格内居民提供疾病预防、诊断、治疗、康复、护理等一体化、连续性医疗服务。鼓励中医医院牵头建设医联体，充分发挥中医药在治未病、疾病治疗和康复中的重要作用。要充分发挥妇幼保健机构预防、保健和诊疗作用，为网格居民提供妇幼保健服务，建立牵头医院负总责、各级各类医疗卫生机构分工负责、防治康协同机制，逐步形成以健康为中心的服务模式。牵头医院要采取有效措施加强医疗集团和医共体医疗质量管理，卫生健康行政部门要将对单一医疗机构的医疗质量监管转变为对医联体的医疗质量监管，逐步提升医疗质量和医疗服务同质化水平。

（二）重点推进重大疾病和短缺医疗资源专科联盟建设。

各级卫生健康行政部门要根据患者跨省级行政区域就诊病种及技术需求情况，有针对性地主动指导专科联盟建设。要充分发挥国家级、省级医院临床重点专科优势，调动积极性，重点推进肿瘤、心血管、脑血管、呼吸、感染性疾病、重大传染病等重大疾病，以及儿科、麻醉科、病理科、精神科等短缺医疗资源的专科联盟建设，以专科协作为纽带，强弱项、补短板，促进专科整体能力提升。要将专科联盟建设与省级医疗中心设置工作有机结合，逐步减少患者就诊跨省级行政区域流动。

（三）加快远程医疗协作网建设促进优质医疗资源下沉。

各级卫生健康行政部门要按照国务院办公厅《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26号）有关要求，大力推进远程医疗服务发展，完善省-地市-县-乡-村五级远程医疗服务网络，推动远程医疗服务覆盖所有医联体。要积极协调相关部门制定出台收费等相关政策，促进远程医疗服务可持续发展。国家级和省级医院要按照健康扶贫工作要求，重点发展面向边远、贫困地区的远程医疗协作网，确保实现对口帮扶贫困县县级医院远程医疗全覆盖。要充分利用远程医疗、远程教学等信息化手段下沉优质医疗资源，提升基层医疗服务能力，提高优质医疗资源可及性。

二、以区域医疗中心建设为重点推进分级诊疗区域分开

各级卫生健康行政部门要按照《关于印发“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划的通知》（国卫医发〔2017〕3号）有关要求，通过加大投入、专科建设、人才培养、科技支撑、政策配套等措施，支持符合条件的国家级、省级医院开展国家医学中心、国家区域医疗中心建设工作。要统筹辖区内医疗资源，根据跨省就医需求和临床专科情况，规划建设省级医疗中心和省域内区域医疗中心，针对发病率高、转出率高的疾病和地方病，加强相应临床专科能力建设，力争在省域或者国家区域医疗中心解决疑难危重患者看病就医问题。

三、以县医院能力建设为重点推进分级诊疗城乡分开

各级卫生健康行政部门要进一步加强县医院人才、技术、临床专科等核心能力建设，提高县医院规范化、精细化、信息化管理水平。进一步完善县医院诊疗科目设置，在健全一级诊疗科目的基础上，逐步完善二级诊疗科目。进一步加强临床及其支撑专科建设，提升对县域内常见病、多发病以及传染病、地方病的诊疗能力。通过改善设备设施、引进专业人才、加入专科联盟等措施，提升急诊、儿科、麻醉科、重症医学科等薄弱专科能力。加强与上级医院的技术合作，引进并推广适宜技术项目，提高内镜、介入治疗等微创技术临床使用比例，提升肿瘤、心脑血管疾病、感染性疾病等重大疾病诊疗能力。力争到2020年，全国有500家县医院和

500 家县中医院分别达到县医院和县中医院医疗服务能力推荐标准，绝大多数县医院达到县医院医疗服务能力基本标准，努力实现大病不出县，解决县域居民看病就医问题。

四、以重大疾病单病种管理为重点推进分级诊疗上下分开

各级卫生健康行政部门要指导城市医疗集团和县域医共体重点做好高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑血管疾病、肿瘤等重大慢性非传染性疾病分级诊疗，按照我委印发的有关分级诊疗技术方案和双向转诊基本原则，细化慢性疾病单病种分级管理要求，明确不同级别和类别医疗机构职责，建立分工协作机制。要完善双向转诊制度，重点畅通向下转诊通道，明确转诊标准和转诊流程，将急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构，探索基层医疗卫生机构与老年医疗照护、家庭病床、居家护理等相结合的服务模式。逐步增加城市医疗集团和县域医共体内上级医院为基层医疗卫生机构预留号源的数量，经预约转诊的患者优先安排就诊，对需要住院治疗的预约转诊病人设立绿色通道，逐步建立基层首诊、转诊的就医模式。要采取多种措施提高基层医疗卫生机构慢性疾病必需药品可及性，提高患者用药便利性，提升基层药学服务能力，确保基层用药合理安全。

五、以三级医院日间服务为重点推进分级诊疗急慢分开

符合条件的三级医院要稳步开展日间手术，完善工作制度和流程，逐步扩大日间手术病种范围，提高日间手术占择期手术的比例，缩短患者等待住院和等候手术时间，提升医疗服务效率。鼓励有条件的医院设置日间病房、日间治疗中心等，为患者提供适宜的日间诊疗服务，提高床单元使用效率。三级医院要主动调整门诊病种结构，引导诊断明确、病情稳定的患者向下转诊，逐步减少常见病、多发病、慢性病患者占比，增加手术、急危重症的诊疗量占比。基层医疗卫生机构要稳步推进家庭医生签约服务工作，优先做好老年人、孕产妇、0-6岁儿童、慢性疾病（高血压、糖尿病、结核病等）患者和严重精神障碍患者等重点人群的签约服务，按照相关服务规范提供健康管理服务，加强贫困人口、残疾人和计划生育特殊家庭成员的签约服务工作。通过优质服务基层行、基层服务能力评审评价、社区专科能力建设、社区医院建设试点等，提升基层医疗卫生机构基本医疗服务能力，规范慢性病患者健康管理。

六、完善保障政策

（一）建立医联体绩效考核制度。各级卫生健康行政部门要加强行业监管，以推动分级诊疗制度建设和强基层为重点，建立城市医疗集团和县域医共体综合绩效考核制度和动态调整机制，充分发挥绩效考核的指挥棒作用，重点考核医疗资源下沉情况，要将三级医院医疗资源下沉、对基层医疗

卫生机构帮扶以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等纳入考核指标，引导各级各类医疗机构落实功能定位。要将医联体年度绩效考核结果向行业内公布，促进城市医疗集团和县域医共体形成良性竞争。逐步将部分考核结果向居民公布，方便居民选择医联体和家庭医生签约团队。

（二）加快推进信息化建设。贯彻落实国务院办公厅《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，鼓励医联体、医共体使用电子健康卡实现基层首诊、远程会诊、双向转诊“一卡通”，为居民提供连续医疗服务。制订完善医联体信息功能规范，加强信息化顶层设计。在医联体内积极运用互联网技术，加快实现医疗资源上下贯通、信息互通共享、业务高效协同，便捷开展预约诊疗、双向转诊、远程医疗等服务，推进“基层检查、上级诊断”，推动构建有序的分级诊疗格局。医联体内充分借助人工智能等技术手段，提高基层医疗卫生机构基本医疗服务能力，医联体内医疗机构间实现检查检验结果实时查阅、互认共享。2018 年底前，远程医疗要覆盖所有城市医疗集团和县域医共体；2020 年底前，远程医疗要覆盖医联体内基层医疗卫生机构。

（三）加强医疗卫生人才队伍建设。加强医联体内专业人才培养。加快推进住院医师规范化培训制度建设，非培训基地的医疗机构要积极选派符合条件的临床医生接受培训。采取规范化培训、助理全科医生培训、定向免费培养、转岗

培训等方式，加大全科医生培养力度。鼓励在医联体内，通过专科进修、送教上门、远程教育、现场培训等多种形式的继续医学教育，不断提高基层专业技术人员服务能力。

（四）推动落实配套政策。各级卫生健康行政部门要积极协调医保部门推进医保支付方式改革，探索对城市医疗集团和县域医共体实行医保总额付费，制定相应的考核办法，引导医联体内部形成顺畅的转诊机制，真正形成共同体。协调医保部门研究制定远程医疗、家庭病床、居家护理、签约服务等医疗服务项目价格与医保报销政策，适应服务需求和服务模式转变，形成可持续发展的长效机制。

七、加强组织实施

（一）加强组织领导。各级卫生健康行政部门和医疗机构要充分认识分级诊疗制度和医联体建设工作的重要性，以满足群众看病就医需求为出发点，服务于深化医药卫生体制改革全局。省级卫生健康行政部门要在 2018 年 8 月底前完成城市医疗集团和县域医共体建设规划；10 月底前完成医联体网格化全覆盖，有效防止城市三级医院“跑马圈地”。要改革创新人才使用激励机制，提高全科等紧缺专业岗位吸引力，吸引更多优秀医学人才到基层就业。

（二）加强监督考核。省级卫生健康行政部门要按照《分级诊疗试点评估考核实施方案》（国卫体改发〔2017〕54 号）有关要求，加强对分级诊疗工作监督指导。强化医联体绩效

考核，推动优质医疗资源下沉，防止三级医院“虹吸效应”。要建立重点工作跟踪和督导制度，对重点任务设置量化的年度指标，强化政策指导和督促检查，及时掌握分级诊疗和医联体建设工作推进和落实情况。

（三）加强舆论引导。各级卫生健康行政部门要及时总结有关工作经验和成果，推广有益经验。充分利用报纸、广播、电视、网络等媒体，大力宣传分级诊疗制度和医联体建设相关政策，加强典型宣传，展示工作成效，营造良好舆论氛围，引导形成有序就医的分级诊疗格局。

国家卫生健康委员会

国家中医药管理局

2018年8月7日

关于开展城市医疗联合体建设 试点工作的通知

国卫医〔2019〕125 号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局：

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32 号）等有关要求，推进分级诊疗制度建设和医疗联合体（以下简称医联体）建设，构建优质高效的医疗卫生服务体系，逐步实现城市医联体网格化布局管理，国家卫生健康委、国家中医药局决定开展城市医联体建设试点工作。现将《城市医疗联合体建设试点工作方案》（附件 1）印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。同时，就推荐试点城市提出如下要求：

一、候选城市基本条件

各省级卫生健康行政部门和中医药主管部门按照以下要求，在设区的地市中遴选推荐：

（一）市委市政府高度重视。市委市政府高度重视卫生健康事业发展和分级诊疗制度建设，部门间建立良好的协调机制，能够为城市医联体网格化建设创造良好的政策环境。

（二）市域卫生健康工作具有较好基础。城市规模适宜，市域内有较强实力的牵头医院和康复、护理等其他医疗机

构，医疗资源相对充足、发展较为均衡，布局较为合理，有“分区包段”的地缘、资源基础。

（三）具有工作基础。按照国家卫生健康委和国家中医药局印发的《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》（国卫医发〔2018〕28号）要求，制定了本市医联体建设规划，启动城市医联体网格化布局管理工作，具有试点工作基础。

二、推荐程序

（一）市级自评。市级卫生健康行政部门、中医药主管部门对照候选城市基本条件进行自评，符合条件的，形成候选城市推荐材料（见附件2），分别向省级卫生健康行政部门、中医药管理部门上报。

（二）省级推荐。省级卫生健康行政部门、中医药主管部门进行初审，按照推荐意向顺序填报《候选城市推荐表》（附件3），并报送国家卫生健康委。各省份推荐设区的地市不少于总地市数的50%；北京、天津、上海、重庆4个直辖市可推荐市区纳入试点。

（三）确定项目单位。由国家卫生健康委、国家中医药局根据医疗资源布局、群众看病就医需求等因素，结合地方意愿进行统筹规划，确定试点城市名单并向社会公布。

三、推荐工作要求

（一）请省级卫生健康行政部门和中医药主管部门按照要求，组织做好试点城市推荐工作，认真审核报送材料，确保真实、有效。

（二）请省级卫生健康行政部门和中医药主管部门收集、整理候选城市有关材料，由省级卫生健康行政部门统一汇总，于2019年5月31日前将加盖单位公章的材料（附件3）报送国家卫生健康委医政医管局，同时将电子版发送至指定邮箱。

国家卫生健康委医政医管局联系人：耿铖、胡瑞荣

联系电话：010-68792097

传真：010-68792963

电子邮箱：yzygjzyc@nhfpc.gov.cn

国家中医药局医政司联系人：谭毅

联系电话：010-59957767

传真：010-59957684

电子邮箱：yzsylglc@satcm.gov.cn

附件：1. 城市医疗联合体建设试点工作方案

2. 候选城市推荐材料模板

3. 候选城市推荐表

国家中医药局

2019 年

国家卫生健康委

5 月 16 日

附件 1

城市医疗联合体建设试点工作方案

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）等有关要求，推进分级诊疗制度建设和医疗联合体（以下简称医联体）建设，构建优质高效的医疗卫生服务体系，制定本方案。

一、总体要求

（一）指导思想。全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，以及全国卫生与健康大会精神，坚持以人民为中心的发展思想，立足我国经济社会和医药卫生事业发展实际，以满足群众不断增长的医疗服务需求为目标，以构建优质高效的医疗卫生服务体系、落实医疗卫生机构功能定位、提升区域服务能力、完善双向转诊机制为重点，不断完善城市医联体组织管理模式、运行机制和激励机制，逐步建立不同级别、类别医疗卫生机构间目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，推动构建分级诊疗制度，实现发展方式由以治病为中心向以人民健康为中心转变。

（二）基本原则。

政府主导，统筹规划。坚持政府主导，根据区域医疗资源结构布局和群众健康需求，统筹规划城市医联体建设，充分整合区域医疗资源，形成城市医联体网格化布局管理。由

医联体统筹网格内医疗资源，为网格内患者提供健康管理和疾病诊疗等服务。

资源下沉，能力提升。推进医联体内统一管理模式，发挥集约优势，推进区域医疗资源共享，提高医疗卫生服务体系整体能力与绩效。通过合作发展、技术帮扶、人才培养等手段，发挥医联体牵头医院对基层的技术辐射和带动作用。

创新机制，持续发展。坚持医疗、医保、医药联动改革，创新机制，逐步破除财政投入、医保支付、人事管理等方面的壁垒和障碍，优化资源结构布局，引导医联体内建立完善分工协作与利益共享机制，保障医联体持续健康发展。

（三）工作目标。

到 2019 年底，100 个试点城市全面启动城市医联体网格化布局与管理，每个试点城市至少建成一个有明显成效的医联体，初步形成以城市三级医院牵头、基层医疗机构为基础，康复、护理等其他医疗机构参加的医联体管理模式。

到 2020 年，100 个试点城市形成医联体网格化布局，取得明显成效。区域医疗卫生服务能力明显增强，资源利用效率明显提升，医联体成为服务、责任、利益、管理共同体，形成有序的分级诊疗就医秩序。

二、试点城市范围

省级卫生健康行政部门会同省级中医药主管部门综合考虑城市医疗需求、医疗资源布局、地方积极性等因素，向

国家卫生健康委和国家中医药局推荐试点城市。国家卫生健康委和国家中医药局在省级推荐的基础上，遴选确定试点城市。

三、组织管理

（一）国家卫生健康委会同国家中医药局负责制订城市医联体试点工作方案并组织实施，建立完善城市医联体相关制度文件，对各地试点工作进行指导、监督。

（二）各省级卫生健康行政部门(含中医药主管部门，下同)组织本省份城市医联体建设试点工作，制订工作方案，明确工作安排，对本省份试点工作进行指导、监督，定期向国家卫生健康委和国家中医药局报告工作进展情况等。

（三）各试点城市卫生健康行政部门会同有关部门落实医联体建设试点工作要求，制订本市医联体网格化布局规划方案，细化试点工作方案并组织实施，督促医联体落实试点工作任务，及时发现并协调解决存在的问题，定期向国家和省级卫生健康行政部门报告工作进展情况。

（四）医联体牵头医院应当成立专门工作小组，由院长任组长，分管院长任副组长，医务管理、护理管理、公共卫生管理、人事教育和经济管理等部门负责人，以及有关成员单位负责人任成员，负责制订医联体建设方案并实施，制订医联体章程，完善相关管理制度，组织对本医联体综合绩效进行评估，定期向相关卫生健康行政部门上报数据信息。

四、完善城市医联体网格化布局管理

各试点城市要按照《关于进一步做好分级诊疗制度建设有关重点工作的通知》（国卫医发〔2018〕28号）要求，加强统筹规划，加快推进城市医联体建设。

（一）网格化建设城市医联体。每个试点城市根据地缘关系、人口分布、群众就医需求、医疗卫生资源分布等因素，将服务区域划分为若干个网格。整合网格内医疗卫生资源，组建由三级公立医院或者代表辖区医疗水平的医院牵头，其他若干家医院、社区卫生服务机构、护理院、专业康复机构等为成员的医联体，鼓励公共卫生机构参加，由医联体统筹负责网格内居民健康管理、疾病诊治、康复护理等工作，牵头单位负总责。原则上，医联体网格不要跨医保统筹区域。鼓励医联体间开展业务协作。牵头医院要主动吸引社会办医疗机构参加医联体，鼓励社会力量办医疗机构按照自愿原则参加医联体。

城市三级公立医院在做好医联体网格化管理的基础上，可通过托管等形式与区域内县级医院组建医联体，帮扶提升县级医院医疗服务能力与水平。代表国家、区域和省域医疗水平的医院主要组建专科联盟和远程医疗协作网，可跨区域与若干医联体建立合作关系，组建高层次、优势互补的医联体，辐射和带动区域内、区域间医疗服务能力提升和医疗服务同质化。鼓励中医医院牵头组建医联体，发挥中医药在治

未病、疾病治疗和疾病康复中的重要作用。积极支持地市级妇幼保健院为龙头、县区级妇幼保健机构为骨干组建妇幼专科医联体。

（二）完善城市医联体治理机制。探索建立由地方党委、政府牵头，相关政府部门和利益相关方参与的管理委员会，统筹医联体规划建设、投入保障、项目实施、人事安排和考核监管等重大事项。由医联体负责医疗等日常业务管理。加强医联体党建工作，发挥党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。

（三）健全城市医联体保障机制。

1.落实财政投入经费。落实政府办医主体责任，根据医联体建设发展需要，加大财政投入力度，继续按照公立医院“六项投入”政策、中医医院投入倾斜政策、基层医疗卫生机构的补偿政策和政府投入方式，按原渠道足额安排对医联体各医疗卫生机构的财政投入资金。鼓励探索推进基层医疗卫生机构补偿机制改革。

2.推进医保支付方式改革。积极推进以医联体为单元实行医保总额打包付费等支付方式改革，建立结余留用、超支合理分担机制，结余的医疗收入可用于开展业务工作和提高医务人员待遇，引导医联体规范诊疗行为，主动做好健康管理和疾病诊治工作，提高医保基金使用绩效。完善不同级别、不同类别医疗机构医保差异化支付政策。在医联体内同一次

住院转诊连续计算起付线，引导群众基层就医。

3.推进医疗服务价格改革。按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的原则，动态调整医疗服务价格，逐步理顺医疗服务比价关系，逐步提高医疗服务中技术劳务性收入的比重，调动医疗机构及医务人员积极性。做好与医保支付、医疗控费和财政投入等政策的衔接，确保医疗卫生机构良性运行、医保基金可承受、群众负担不增加。

4.推进人事薪酬制度改革。推进人事制度改革，探索实行医联体在编制总量内统筹使用编制。落实“两个允许”要求，建立符合医疗卫生行业特点和医联体发展要求的薪酬制度，合理确定和动态提升医务人员薪酬水平。医务人员收入由医联体自主分配，建立以岗位为基础，以绩效为核心，多劳多得、优绩优酬的内部分配机制。

5.做好药品耗材供应保障管理。建立医联体内统一药品耗材管理平台，以优先配备使用基本药物为引领，实现用药目录衔接、采购数据共享、处方自由流动、一体化配送支付。加强牵头医院对下级医疗机构用药指导，强化药品供应管理和短缺药品监测应对，逐步实现药品供应和药学服务同质化。

6.加强综合绩效考核。按照《关于印发医疗联合体综合绩效考核工作方案（试行）的通知》（国卫医发〔2018〕26号）有关要求，完善医联体综合绩效考核制度，以公益性为

导向，突出职责履行、功能落实、医疗质量、公共卫生任务完成情况、费用控制、运行绩效和群众满意度等考核指标，由对单一医疗机构考核转变为对医联体综合绩效考核。考核结果与财政补助、医保偿付、薪酬总量等挂钩。在医联体内部考核时要坚持中西医并重，确保按中医医院特点和实际考核中医医院。

五、完善城市医联体运行管理机制

（一）加强医联体一体化管理。制订医联体章程，规定牵头医院与其他成员单位的责任、权利和义务，明确利益共享机制。按照精简、高效的原则，整合设置财务、人力资源、信息和后勤等管理中心，逐步实现医联体内行政管理、医疗业务、公共卫生服务、后勤服务、信息系统统一管理，统筹医联体内基础建设、物资采购和设备配置，主动控制运行成本。

（二）推动医联体资源整合共享。

1.共享医疗资源。鼓励由牵头医院设置或者社会力量举办医学影像、检查检验、病理诊断和消毒供应等中心，为医联体内各医疗机构提供同质化、一体化服务。在保障医疗质量的前提下，推进医联体内不同级别、类别医疗机构间检查检验结果互认，减轻患者就医负担。加强医联体内床位、号源、设备的统筹使用。

2.统筹人员调配。医联体内人员实行岗位管理，按照“按

需设岗、竞聘上岗、人岗相适、以岗定薪”的原则，逐步实现医联体内人员统一招聘、培训、调配和管理。充分落实医联体在人员招聘、内设机构、岗位设置、中层干部聘任、收入分配、职称聘任等方面的自主权，促进人才向基层流动。

3.加强财务管理。医联体内设专门部门承担医联体财务管理、成本管理、预算管理、会计核算、价格管理、资产管理、会计监督和内部控制工作，逐步实现医联体内财务统一管理、集中核算、统筹运营。加强医联体内审管理，自觉接受审计监督。

4.统一信息平台。推进医联体内各级各类医疗卫生机构信息系统的互联互通，实现电子健康档案和电子病历的连续记录，统一医联体内药品、医用耗材编码,逐步实现医联体内医疗卫生信息有效共享。完善医联体内分级诊疗信息平台，畅通双向转诊信息通道。推进互联网诊疗服务，发挥远程医疗作用，形成医联体网格内远程医疗服务网络，为基层提供远程影像、远程心电、远程会诊等服务，方便患者看病就医。

（三）完善医联体内分工协作机制。

1.推动落实急慢分治模式。医联体内各医疗机构落实自身功能定位。牵头医院主要承担区域内急危重症患者抢救和疑难复杂疾病诊治工作，提供日间手术、日间化疗等日间服务，提升服务效率，逐步减少常见病、多发病、病情稳定的慢性病患者比例。主动将急性病恢复期患者、术后恢复期患

者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构继续治疗和康复，加强医疗卫生与养老服务相结合，为患者提供一体化、便利化的疾病诊疗—康复—长期护理连续性服务。

2.落实防治结合要求。医联体牵头医院负总责，完善医防协同工作机制，做到防治服务并重。主动吸纳妇幼保健、慢病管理、康复护理等机构参加医联体，充分发挥专业机构的作用，推进疾病三级预防和连续管理。医联体内医院在做好疾病诊疗工作的基础上，指导基层医疗卫生机构落实公共卫生职能，注重发挥中医治未病优势作用，共同做好疾病预防、健康管理和健康教育等工作。

3.加强技术合作与业务协同。牵头医院要充分发挥技术辐射带动作用，加强对成员单位的指导，通过专科共建、教育培训协同合作、科研项目协作等多种方式，重点帮扶提升成员单位医疗服务能力与管理水平。牵头医院负责医联体内医疗质量管理，制订统一的医疗质量管理制度和标准，提升区域内医疗质量同质化水平。落实国家卫生健康委和国家中医药局制定的高血压、糖尿病等慢性疾病分级诊疗技术方案要求，制订双向转诊标准与规范，优化双向转诊流程，建立医联体内双向转诊绿色通道，逐步实现有序合理转诊。加强慢性疾病管理，探索制订一体化临床路径，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务。

4.做实家庭医生签约服务。落实团队签约要求，由医联

体内基层医疗卫生机构全科医师和医院专科医师组成团队，为网格内居民提供团队签约服务，形成全科与专科联动、签约医生与团队协同、医防有机融合的服务工作机制。根据网格内居民健康需求，设立针对普通人群和慢性病患者、妇女、儿童、老年人、残疾人、计划生育特殊家庭等重点人群的菜单式签约服务包，提供个性化签约服务。

六、工作安排

（一）准备阶段（2019 年 5-6 月）。

1.国家卫生健康委会同国家中医药局印发城市医联体建设试点工作方案。

2.国家卫生健康委会同国家中医药局遴选确定试点城市名单。

（二）启动阶段（2019 年 6-7 月）。

1.国家卫生健康委会同国家中医药局启动试点工作。

2.各省级卫生健康行政部门根据本方案要求，结合实际，制订工作方案，指导试点城市开展工作。

3.各试点城市卫生健康行政部门会同有关部门，结合本地实际，制订工作计划和具体实施方案，出台本市医联体网格化布局规划。

（三）实施阶段（2019 年 8 月-2020 年 12 月）。

1.市级卫生健康行政部门组织开展工作，加强部门联动，形成政策合力，推进城市医联体建设。

2.牵头医院和有关医疗机构落实工作任务，组建医联体，逐步建立分工协作机制。

3.省级卫生健康行政部门对辖区内有关工作落实情况进行指导与评估，加快推进工作。

4.国家卫生健康委同国家中医药局对各地工作进行抽查、评估，召开现场会，推广典型经验。

（四）评估总结。

1.基线调查（2019年5-6月）：国家卫生健康委和国家中医药局对各试点城市医疗服务基本情况进行基线调查，掌握底数。

2.中期评估（2020年1-3月）：国家卫生健康委和国家中医药局对试点工作进行中期评估，掌握工作进展情况，协调解决工作中的困难与问题。

3.总结评估（2021年1-3月）：按照工作要求和目标，国家卫生健康委和国家中医药局对城市医联体建设工作进行总结评估。召开工作总结会议，推广有益经验。

七、组织保障

（一）加强组织领导。各地要进一步提高思想认识，把城市医联体建设作为完善我国医疗卫生服务体系、构建分级诊疗制度的重要内容，切实加强组织领导，建立部门协调推进机制，发挥政策叠加作用。主动协调有关部门争取支持政策，按时、保质完成工作任务。

（二）明确目标责任。要制订切实可行的实施方案，将此项工作与专科能力建设、基层服务能力提升等工作相结合，明确目标任务和时间进度，落实目标责任制，建立长效机制。加强对辖区内试点工作的指导，及时研究解决工作中遇到的困难和问题，完善配套政策，务求工作实效。

（三）加强督查评估。要通过调研、专项督查、定期评估等方式，及时掌握工作进展，指导各地有序推进工作。要建立试点效果评估机制和绩效考核方法，严格落实责任制和问责制。要及时总结推广有益经验，发挥典型带动作用，调动地方积极性。

（四）强化宣传培训。要对医疗机构管理人员和医务人员开展医联体建设有关政策培训，进一步统一思想、形成共识。加强政策宣贯和典型宣传，提高社会对医联体的认可度和支持度，营造良好社会氛围。

附件 2

候选城市推荐材料模板

省市城市医疗联合体建设 工作情况的报告

一、基本情况

主要包括市域人口、疾病谱等情况，医疗资源结构与布局情况等。

二、城市医联体建设工作进展情况与成效

主要包括城市医联体建设规划情况，相应医联体建设发展情况，区域医疗资源整合共享情况，牵头医院落实“分区包段、防治结合”、资源下沉情况，成员单位医疗服务能力提升情况。

三、地方政府支持情况

主要包括市委市政府重视情况，给予的财政投入、编制管理、人事薪酬、医保支付等支持政策的情况。

每份材料不超过 3000 字。

候选城市推荐表

省（区、市）卫生健康委（盖章）

排序	城市名称	城区常驻人口数（万）	城区设区数量（个）	医疗资源结构			拟划分的网格数	联系人及职务	联系方式
				三级医院（个）	二级医院（个）	基层医疗卫生机构（个）			
1									
2									
3									
4									
5									

省级卫生健康行政部门联系人：

手机号：

- 注：1.城区常驻人口数仅统计在市区的常驻人口数量，不包括县域人口。
2.医疗资源仅统计市区内的医疗资源结构情况。
3.表格中联系人应当为市级卫生健康行政部门相关工作负责同志。